

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1968

THÈSE

N° 404

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice, Charles HIRSCH

Né le 19 Décembre 1934 à AGEN (L-et-G.)

Interne des Hôpitaux de la Région Parisienne

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE 180 CAS D'APPENDICITE
AIGÜE GRAVES
TECHNIQUE ET INDICATIONS DU DRAINAGE
SOUS PERITONEAL

Président : Monsieur J. L. LORTAT-JACOB (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI*

1968

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1968

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Maurice Charles HIRSCH

Né le 19 décembre 1934 à AGEN (L.-et-G.)

Interne des Hôpitaux de la Région Parisienne

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

A PROPOS DE 180 CAS D'APPENDICITE AIGUË GRAVES

TECHNIQUE ET INDICATIONS DU DRAINAGE
SOUS PERITONEAL

-:-

Président : Monsieur J.L. LORTAT-JACOB (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS - 6e

1968



Digitized by the Internet Archive
in 2026



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E),
BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E),
CHAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), DEBRE (R),
FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART d'ALLAINES (F.de),
GENNES (L.de), GIROUD (A), HAZARD (R), HEUYER (G),
LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY (Mlle J),
LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P),
MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR
VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R),
QUENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J), STROHL (A),
TANON (L), VERNE (J).

DOYEN Georges BROUET

1er assesseur Daniel BARGETON

2e assesseur Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	{ DELMAS (A) HUARD (P)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F) POLONOVSKI (J) DESGREZ (P)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	{ BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GOURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	{ TUCHMANN- DUPLESSIS (H) COUJARD (R)

	MM.
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	{ LAURENCE (G)
	{ KUSS (R)
	{ VERNE (J.M)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.C)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
	{ LAROCHE (Cl)
Pathologie médicale	{ BRICAIRE (H)
	{ PEQUIGNOT (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P)
Pharmacologie	{ BOISSIER (JR)
	{ LECHAT (P)
Physiologie	{ BARGETON (D)
	{ PARROT (J)
Physiologie et pathologie obsté- tricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chi- rurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie	CABROL (Ch)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.Cl)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Parasitologie	LARIVIERE (M)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	{ DEJOURS (P)
	{ SCHERRER (J)

	MM.
Physique médicale	{ KELLERSHOHN (L)
	{ GOUGEROT (L)
	{ ROUCAYROL (J.Cl)
	{ TUBIANA (M)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirur- gicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)...	SOULIE (P)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J)
{ Beaujon	LORTAT-JACOB (JL)
{ -	BAUMANN (J)
{ Cochin	LEGER (L)
Cliniques chirur- Hôtel-Dieu	PATEL (J)
gicales { St-Antoine	GOSSET (J)
{ Salpêtrière	SICARD (A)
{ Tenon	OLIVIER (Cl)
Clinique chirurgicale orthopédi- que et traumatologique (Cochin)...	MERLE d'AU.
Clinique chirurgicale orthopédi- que et traumatologique (Foch)...	BIGNE (R)
Clinique chirurgicale orthopédi- que et traumatologique (Beaujon)...	PADOVANI (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	CAUCHOIX (J)
Clinique de chirurgie cardio-vas- culaire (Broussais)	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie thoraci- que (Laënnec)	DUBOST (Ch.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)...	DUPERRAT (F)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J)
Clinique chirurgicale et gyné- cologique (Broca)	LAMY (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	HUGUIER (J)
	DEGOS (R)

Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
	{ Bicêtre DEPARIS (M)
	{ Broussais MILLIEZ (P)
	{ Cochin N...
Cliniques médicales	{ Hôtel-Dieu BARIETY (M)
	{ Pitié DREYFUS (G)
	{ Saint-Antoine CONTE (M)
	{ Saint-Antoine KOURILSKY (R)
	{ Saint-Antoine BOUDIN (G)
Clinique d'hydrologie et de cli- matologie (Bichat)	DEBRAY (Ch)
Clinique médicale infantile et pé- diatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN- BESANÇON (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obsté- tricales	{ Baudelocque LACOMME (M)
	{ Saint-Antoine MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécolo- gique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G)
- - - (Cochin)	BREGEAT (P)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P)
Clinique de pédiatrie et de puéri- culture (St-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S)

MM.

Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	BROUET (G)
Clinique de neuro-psychiatrie in- fantile (Salpêtrière)	MICHAUX(L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique de rhumatologie(Lariboisière)	SEZE (S.de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgi- cale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique (F.Widal)	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique et ortho- pédique (R.Poincaré)	JUDET (R)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER(P)
- - (Necker)	COUVELAIRE(R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale (A.Chantin)	DOMART (A)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN(Y)
- - (Pitié)	RAMBERT (P)
- - (Rothschild)	WOLFROMM(R)
Séméiologie et clinique chirurgi- cales (Broussais)	POILLEUX(F)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie	(ANDRE (R)
	(BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)
	(AZERAD (E)
	(BOUR (H)
	(CAROLI (J)
	(DREYFUS (B)
	(GROSSIORD(A)
Médecine	(LAMBLING(A)
	(LAUNAY (Cl)
	(PAYET (M)
	(PERRAULT(M)
	(SIGUIER (F)
	(WORMS (R)
Néphrologie	RICHET (G)

MM.

Neuro-chirurgie	Le BEAU (J)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pédiatrie	{ POLONOVSKI(CI)
	{ ROYER (P)
Pneumo-Phtisiologie	{ KREIS (B)
	{ MEYER (A)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
	{ CARTIER (P)
Biochimie médicale	{ GONNARD (P)
	{ NORDMANN (J)
Biologie médicale	HARTMANN (L)
Chirurgie	CERBONNET (G)
Hématologie	BILSKI-
	PASQUIER(G)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G)
Pédiatrie	ROSSIER (A)
Physique médicale	{ COURSAGET(J)
	{ GREMY (F)
Physiologie	GIRARD (Fr)
Stomatologie	CHAPUT(Mme A)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY(P)
	Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)
	Pr.s.ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D)

Secrétaire général de la Faculté M.LENA (J)
 Conseiller administratif... Mlle CHAINTREUIL (G)
 Conservateur en Chef de la }
 Bibliothèque }
 Conservateur du Musée d'His- } M.le Docteur HAHN(A)
 toire de la Médecine }

Conservateurs {Mlles DUMAITRE (P),
 {LAURENT (H), Le NOIR (G)

Bibliothécaires {Mmes CONTET (J),
 {FORGET (F), Mlles DU-
 {ROZOY (M.F.),
 {ROBERGE (D),
 {Dr. SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
 les dissertations qui lui seront présentées,
 doivent être considérées comme propres à leurs
 auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
 approbation ni improbation.

-:-

A ma Famille

A Monsieur le Professeur
Jean-Louis LORTAT-JACOB,

Professeur de Clinique Chirurgi-
cale à la Faculté de Médecine
de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,

Le témoignage de ma gratitude et
de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Philippe MONOD-BROCA,

Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et m'a guidé dans ce travail,

Le témoignage de ma reconnaissance pour
tout ce que je lui dois.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Externat des Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Professeur J.L. LORTAT-JACOB,

Monsieur le Professeur F. de GAUDART

d'ALLAINES,

Monsieur le Docteur A. GROSSIORD,

Monsieur le Docteur J. NOUAILLE,

Monsieur le Docteur H.P. KLOTZ,

Monsieur le Docteur A. PARAF

Internat des Hôpitaux de la Région de Paris :

Monsieur le Docteur G.C. SIMON,

Monsieur le Docteur Ph. MONOD-BROCA,

Monsieur le Docteur F. LAZARD,

Monsieur le Docteur L.N. DESFOSSES,

Monsieur le Docteur P. LARGET,

Monsieur le Professeur A. GERMAIN,

Monsieur le Docteur M. PERREAU.

Aux Docteurs :

TESTAS,
CHARPIN,
COURTOIS-SUFFIT,
DESPREZ,
DELFORGES,
DUPUY.

A PROPOS DE 180 CAS D'APPENDICITE AIGUE^{..} GRAVES
TECHNIQUE ET INDICATIONS DU DRAINAGE
SOUS-PERITONEAL

-:-

H I S T O R I Q U E

EVOLUTION DES IDEES ET DES TECHNIQUES

EN MATIERE DE DRAINAGE

Dans l'histoire du drainage en chirurgie abdominale, ce n'est que progressivement que se sont dégagées les indications respectives du drainage préventif et du drainage curatif.

De même, ce n'est que progressivement que les péritonites appendiculaires se sont individualisées du cadre confus des péritonites généralisées.

Connu depuis des siècles, déjà utilisé par Ambroise Paré, le DRAINAGE fut à nouveau proposé vers le milieu du 19e siècle par CHASSAIGNAC comme méthode de traitement des plaies infectées. Au gros tube de caoutchouc s'ajoutèrent rapidement nombre d'autres matériels (tube d'os, drainage filiforme de catgut, petits tubes de caoutchouc jumelés). Ce principe de traitement des plaies infectées fut rapidement accepté et pratiqué, mais ce n'est que très lentement qu'il fut appliqué à la chirurgie abdominale. Il était pourtant déjà utilisé au 18e siècle : Heister (1749) parle de drainage abdominal par canule de plomb ou d'argent. Dionis présente en 1735 sous le nom de tente de Maréchal l'ancêtre du Mikulicz qui sera d'ailleurs repris et très utilisé par Dupuytren.

Mais lors de son essor au 19e siècle, la chirurgie abdominale allait avoir à le redécouvrir. A ses débuts en effet, la crainte du contact des viscères avec l'air était telle que toute intervention, même en cas d'inflammation aiguë du péritoine, se terminait par

une fermeture complète de l'abdomen.

Les mécomptes de cette tactique allaient bientôt entraîner les premières tentatives de drainage préventif.

Pearle en 1855 draine systématiquement le cul de sac postérieur du vagin par une sonde élastique vaginale toute annexectomie.

Koeberlé en 1867 pratique le premier drainage abdominal transpariétal par un tube de verre perforé sur toute sa longueur plongeant dans le Douglas.

Très critiquée d'emblée, cette technique suscite bientôt des adeptes : Nélaton et Péan en France l'adoptent.

En Allemagne, Olshausen en 1867 utilise un long tube allant de la plaie abdominale au vagin : premier type de drainage abdominovaginal.

Lawson Tait (1886) constatant que les drains se bouchent rapidement, aspire avec une ventouse les liquides stagnant au fond du Douglas.

Parallèlement, et pour répondre au même but, un nouveau système de drainage était mis au point : le "drainage capillaire".

D'abord par Hegar en 1881 qui utilisait de l'ouate phéniquée placée dans de larges tubes en verre puis par VON MIKULICZ en 1884 qui décrit le tamponnement large à la gaze iodoformée.

Cette méthode est introduite en France par Pozzi qui la présente le 29 février 1888 à la Société de Chirurgie de Paris sous le nom de "Drainage capillaire et tamponnement antiseptique".

tique du péritoine".

Mais des résistances s'élevaient déjà contre le drainage préventif systématique. Citons LUCAS CHAMPIONNIERE qui déclarait en 1883 à la Société de Chirurgie de Paris : "on ne doit drainer que si l'on ne peut pas faire autrement" et la violente intervention de Beckel à la même tribune en 1889 "le drainage est une erreur chirurgicale, basée sur la méconnaissance des propriétés de la séreuse péritonéale et de ses réactions de défense vis à vis de l'infection".

Le drainage type Mikulicz plus que tout autre est vivement combattu : Terrier, Quenu, Hartmann, P. Delbet n'acceptent que le drainage tubulaire.

Mais, dans le même temps, où le drainage systématique préventif était combattu, tout au moins dans ses formes excessives, le drainage curatif en matière des péritonites aiguës se développe de façon démesurée. En effet, l'inflammation aiguë du péritoine est considérée comme une entité et c'est elle que l'on cherche à traiter et non son étiologie, son point de départ. Rien d'étonnant dans ces conditions que sous l'influence de l'école allemande - on multiplie les drains et les contrainctions puisqu'il s'agit de rechercher le pus, et lui seul, dans les différents recoins de la cavité péritonéale : l'apogée en est le Congrès allemand de 1897.

Les 10 premières années du 20e siècle verront pourtant s'accomplir des progrès décisifs.

Les uns sont d'ordre technique en matière de drainage. REHN montre en 1902 que le fait de refermer hermétiquement la paroi abdominale autour d'un drain unique de petit calibre fa-

vorise l'évacuation des liquides intrapérito-
néaux, en permettant à la pression positive
intra-abdominale de s'exercer. Cette pression
est maximale dans le pelvis d'où l'utilisa-
tion d'un drain unique suspubien plongeant
dans le Douglas. Cette pression positive y est
plus importante en position demi-assise, posi-
tion qui a en outre l'avantage d'accumuler les
sécrétions dans le pelvis.

Drain suspubien de Rehn et position demi-
assise dite des frères FOWLER avaient l'avan-
tage de simplifier à l'extrême le drainage
en lui donnant le maximum d'efficacité.

Les autres progrès sont d'ordre théorique.
Ils concernent le démantèlement de cette véri-
table citadelle qu'étaient les péritonites ai-
guës généralisées.

A la suite des travaux d'Ecoles étrangères
on décrit un certain nombre d'étiologies di-
gestives (aussi bien perforations d'ulcères
gastro-duodénaux qu'appendicites) et génitales.
Surtout des "pionniers" démontrent que le ges-
te salvateur est la suppression systématique
de la lésion causale (Congrès international
de Bruxelles 1905, Congrès de la Société amé-
ricaine de Chirurgie 1908 - Société allemande
de Chirurgie 1909).

En même temps, on redécouvre les propriétés
du péritoine dont il faut aider la lutte con-
tre l'infection et non vouloir le suppléer ;
et c'est la pratique des grands lavages, non
plus aux solutions antiseptiques mais aux so-
lutions salées tièdes, c'est l'éthérisation.

1911 est une année faste qui voit la paru-
tion de la thèse d'Arnaud "Traitement des pé-
ritonites diffuses aiguës" et le XXIVe Con-
grès de l'Association française de Chirurgie à

Paris sur le même sujet.

Arnaud pose comme principe :

- supprimer la lésion causale,
- évacuer l'excès de produits septiques,
- venir en aide au péritoine.

Il analyse ensuite les capacités de défense antiinfectieuse du péritoine. Il insiste enfin sur trois éléments essentiels de l'acte opératoire une fois traitée la lésion causale:

- 1) La Toilette du péritoine : nettoyage de la région opératoire avec des tampons ou des compresses imbibés de sérum dans une péritonite au début, aspiration avec l'appareil de Villard en cas de péritonite généralisée, puis lavage au sérum chaud en évitant la position proclive.
- 2) Augmenter le pouvoir de défense du péritoine : oxygène et surtout injection intrapéritonéale d'huile camphrée à 1 %.
- 3) Le drainage dont l'indication mérite d'être discutée.

En effet, Arnaud à la suite de Blocke, Hoschkin et Ross suture complètement la séreuse péritonéale à condition que le lavage ait été efficace, qu'il ne reste pas de fausses membranes, que la lésion causale ait été complètement supprimée, qu'il n'y ait en aucun point de la séreuse des foyers de nécrose ou d'escharres car dit-il "sans cela le tissu cellulaire souspéritonéal étant contaminé, il serait dangereux de fermer l'abdomen". Quand ces conditions ne sont pas réunies drainage à la Rehn et position de Fowler.

Dans les cas où existe un foyer de nécrose au voisinage de la lésion causale, une légère mèn-

che de gaze y est laissée : seule indication d'un drainage à la gaze.

C'est la première publication française - en matière de péritonite aiguë - d'une attitude eclectique quant au drainage et qui insiste de plus sur la notion capitale d'atteinte ou non du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Les mêmes thèmes sont développés par Hartmann et Tassin rapporteurs du XXIV^e Congrès de Chirurgie.

HARTMANN insiste d'abord sur le traitement prophylactique des péritonites aiguës et notamment sur l'appendicectomie quand existe une appendicite aiguë chaude, c'est-à-dire avec fièvre, douleurs iliaques et défense musculaire.

Un bon diagnostic doit précéder l'intervention car il permet d'aller directement sur la lésion causale dont le traitement est l'acte indispensable.

Hartmann rejette les grands lavages mais aussi la multiplicité des drains et des contrainctions.

Pour lui, l'indication du drainage résulte non de la présence de pus, mais de l'existence de particules non résorbables : portions mortifiées de serreuse au contact d'un appendice gangréneux, fausses membranes abondantes, présence de surfaces oruentees.

Quant à la fermeture complète de l'abdomen elle ne convient qu'à des cas opérés tôt, alors que la serreuse ne présente pas encore d'altération profonde. Sinon, il faut drainer par de simples drains de caoutchouc.

"Il faut s'en remettre à la séreuse elle-même qui possède des moyens de défense très réels et arrive à se débarrasser de son contenu toxiinfectieux pour peu que l'on ait donné issue à la plus grande partie de ce dernier et qu'on l'ait mise à l'abri de contamination nouvelle par la suppression de la cause".

La discussion qui suit montre que si les participants acceptent unanimement le principe de l'intervention précoce, ils sont loin de partager l'opinion des rapporteurs quant aux techniques et aux indications du drainage.

On aurait pu penser que l'évolution aidant "le non drainage apparaîtrait comme le terme logique d'un drainage de plus en plus restreint du péritoine."

Le débat pourtant ne faisait que commencer.

En 1920, à la Société de Chirurgie de Paris, OMBREDANNE présente sa communication intitulée: "Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires". La question: "quand nous avons attaqué soit une péritonite libre, soit une péritonite à grands foyers multiples, soit un abcès juxtaappendiculaire, comment devons-nous terminer notre intervention: faut-il drainer ou non?" Ombredanne répond courageusement "non". Comment pratique-t-il? Il enfouit le moignon appendiculaire toutes les fois qu'il peut le faire, assèche le péritoine ou l'abcès, lave avec de petites quantités d'éther, ferme hermétiquement la paroi.

Dès la fin de l'intervention, une vessie de glace est appliquée sur l'incision et y sera maintenue jusqu'à la reprise du transit. Les suites sont simples mais il est de règle d'observer dans les cas d'appendicites graves ou

de péritonites un abcès de paroi vers le 3e - 5e jour. Il suffit pour le drainer d'enlever une agrafe et l'abcès guérit en 4 à 10 jours.

Avec cette technique, une seule fistule stercorale a été observée. Ombredanne emploie cette méthode depuis 1912, la mortalité est de 30 % contre 67 % pour les péritonites drainées.

Cette communication va être l'objet d'un débat des plus animés. Après l'intervention nuancée de P. Lecène qui reste fidèle aux conclusions du rapport de 1911, c'est la déclaration de guerre de J-L. FAURE, l'adepte fidèle, le zélé propagandiste du Mikulicz. Comparant la cavité abdominale à une plaie de guerre : "il n'y a qu'un moyen pratique, dit-il, de laisser ouvert un foyer abdominal tout en empêchant des anses intestinales de faire irruption au dehors : c'est d'établir et d'établir comme il doit l'être un drainage à la Mikulicz" et il s'insurge contre le fait que cette manière d'agir puisse faire penser qu'il est de ceux "qui n'ont plus d'autres choses à faire que de se laisser bénévolement ranger parmi les fossiles !" Le débat a pris une allure passionnelle et il la gardera ...

A l'appui de ses dires, il apporte des chiffres :

- 22 malades drainés par tube 9 décès, soit 40,8 %;
- 14 malades drainés par Mikulicz, 1 mort, 7,14 %

"Dans toute infection diffuse succédant à une perforation ou une gangrène appendiculaire avec pus plus ou moins abondant ... il faut ouvrir largement le foyer d'infection et le

laisser ouvert. Il n'y a qu'une façon de parvenir, c'est d'employer le sac de Mikulicz".

Le plus grand nombre des interlocuteurs : A. Mouchet, Savariaud, Lepointe dans des interventions nuancées reprochent toutefois à Ombredanne le caractère systématique de sa méthode.

Victor Veau par sa profession de foi " je reste un draineur outrancier. Je drainerai toujours les appendicites aiguës. Il est probable, il est certain que je draine trop, mais j'ai la certitude de n'avoir jamais fait de mal en drainant inutilement" nous donne le motif qui guide la majorité : "Le drainage est si inoffensif et l'on se sent si tranquille quand on a drainé."

Méditons la réponse d'Ombredanne : "Je comprend les angoisses des chirurgiens qui ont perdu un opéré après fermeture de l'abdomen. Pensent-ils que je n'ai pas été torturé par les mêmes angoisses et les mêmes doutes, chaque fois que pareille chose m'est arrivée ? Mais ce qu'il y a d'admirable c'est que personne, après un échec du drainage, ne semble avoir le même tourment. On se dit que l'opéré a succombé malgré le drainage et que l'on a fait pour lui tout ce qu'il était possible de faire."

En 1925, l'anathème contre la suppression du drainage est lancé dans la Presse Médicale par J.L. Faure ("Drainage dans l'appendicite à chaud") qui continue sa vigoureuse offensive.

Le XXXVI^e Congrès de Chirurgie se tient à Paris en 1927 au plus chaud de la bataille. Il a pour thème : le drainage en chirurgie abdominale. Les rapporteurs F.M. Cadenat et Maurice Patel reconnaissent : "Telles sont les deux

opinions qui s'affrontent aujourd'hui : l'une qui conseille de fermer la cavité péritonéale même si l'on redoute une infection secondaire, même si cette infection existe ; l'autre, qui voit dans le drainage un des plus sûrs moyens que nous ayons, pour empêcher certains de nos opérés de mourir et qui cherche à faire revivre parmi tous les procédés connus, le drainage à la Mikulicz, dont l'étoile avait singulièrement palie ... quoi qu'il en soit un point culminant semble atteint."

Quelles sont les indications des rapporteurs en matière d'appendicite aiguë. Sa basant essentiellement sur les lésions anatomiques, ils distinguent trois cas :

a) il existe un épanchement dans le péritoine non cloisonné, péritoine lisse sans fausses membranes. Les rapporteurs reconnaissent que ces cas primitivement fermés guérissent, mais ils conseillent par prudence un drain plongeant dans le Douglas, tout en reconnaissant qu'il n'empêche pas la formation secondaire d'abcès du Douglas.

b) Il existe une péritonite généralisée suppurée avec pus et exsudats fibrineux. Après appendicectomie et aspiration du pus la région appendiculaire tapissée d'escharres doit être drainée au moyen d'un tube de moyen calibre. Dans les formes très avancées avec lésions gangréneuses, la question du Mikulicz est envisagée.

c) Il existe une péritonite appendiculaire septique avec signes d'intoxication générale et ileus "c'est là où une intervention simple et rapide, consistant dans l'ouverture simple et large du foyer infectieux, doit être suivie de l'application d'un vaste Mikulicz qui donnera certaines chances de guérison".

La lecture des interventions qui succèdent au rapport ne permet de retrouver que trois adeptes de la fermeture primitive.

Un Français, H. Billet qui intitule son intervention "la fermeture systématique du péritoine sans drainage dans les péritonites généralisées d'origine appendiculaire" où il reprend les principes essentiels de son maître Ombredanne et apporte une statistique personnelle de 36 cas sans décès et celle de ses élèves 40 cas sans décès, il reprend à travers la thèse de Goguillon la statistique intégrale d'Ombredanne où la mortalité qui était de 67 % en 1912 est tombée à 12,5 % en 1926.

"Et c'est parce que j'ai la conviction que la méthode d'Ombredanne constitue un immense progrès que je ne crains de proclamer bien haut mon opinion, bien qu'elle soit en désaccord avec la majorité du moment. Je ne m'illusionne pas, du reste, qu'il faudra peut-être longtemps encore attendre qu'elle réalise l'unanimité ... J'ai néanmoins grande confiance dans l'avenir et le verdict du temps" parole prophétique.

Hustinx, chirurgien belge, sur 100 cas de péritonites sans perforation ferme sans drainage 81 cas et draine les 19 autres (petit drainage à la gaze) pour cellulite péritonéale et ne déplore que 6 morts.

Dikansky de Kharkov sur 100 appendicites aiguës a eu 19 péritonites généralisées, il a refermé le péritoine 15 fois et drainé les 4 autres par une contrincision lombaire laissant passer un drain-cigarette (2 morts : 10 %)

Hartmann et Témoin sont restés fidèles à leurs conclusions de 1911 et s'élèvent vivement contre l'usage du Mikulicz en matière de péri-

tonite appendiculaire.

De même Arnaud qui insiste à nouveau sur la nécessité de drainer le lit appendiculaire rétrocaecal et avec lui Willemes, Delagéniers, Rastouil, Moulonguet.

Le plus grand nombre toutefois prône l'usage du Mikulicz non seulement dans les formes gangréneuses comme les rapporteurs mais même dans les péritonites, voire la simple appendicite aiguë.

Laissons à André Chaliier le soin d'élever le débat : "la chirurgie évoluée, mais, comme la nature, elle ne fait pas de bonds ou en tous cas, elle ne les fait pas toujours en avant, puisque depuis 3 ou 4 ans que le Mikulicz est remis à l'honneur, nous revivons des phases que beaucoup d'entre nous avaient seulement aperçues dans leur prime jeunesse chirurgicale et avaient oubliées depuis. Dans ces mouvements de va-et-vient que subit notre art, comme toute oeuvre humaine, il est bon, malgré tout, de s'arrêter un instant pour écouter la voix de ses pairs et pour se demander, quelque chemin que l'on suive, si l'on ne fait pas fausse route".

Ce XXXVI^e Congrès a marqué - en quelque sorte - le point culminant de la bataille en matière de drainage.

Le sujet du drainage en lui-même sera presque abandonné par la suite, et l'on n'en suit l'évolution qu'indirectement à l'occasion de discussions s'élevant sur les aspects cliniques thérapeutiques ou évolutifs des appendicites ou sur leurs complications post-opératoires.

Nous ne saurions trop souligner combien nous ont été précieuses, pour suivre l'évolution de

ces idées, les comptes-rendus des séances de la Société Nationale de Chirurgie devenue ensuite Académie de Chirurgie.

En 1931, un rapport de P. Duval "reflexions à propos de 572 cas d'appendicites aiguës chez l'adulte opérées d'urgence" va entraîner une longue et riche discussion sur le traitement de l'appendicite aiguë.

P. Duval insiste sur trois principes :

1) Toute appendicite aiguë doit être opérée aussitôt son entrée à l'hôpital quel que soit le temps écoulé depuis le début de la crise.

2) L'appendice doit être systématiquement recherché et tous les efforts doivent tendre à l'enlever.

3) Pas de drainage si il n'y a que de la sérosité, dans tous les autres cas tube de caoutchouc, jamais de Mikulicz.

A. Basset semble le porte-parole de nombreux orateurs en disant : "J'ai comme beaucoup de chirurgiens progressivement restreint l'emploi du drainage".

Les conclusions de ce débat, tiré par P. Duval sont toujours d'actualité :

" - toute colique abdominale peut être le début d'une appendicite foudroyante et doit donc sans retard, et sans aucun traitement personnel préalable, être soumise à l'examen médical.

- toute crise d'appendicite si bénin qu'en paraisse le début, peut soudain se transformer en la plus grave des appendicites.

- toute crise d'appendicite aiguë, quelle qu'en soit la gravité initiale apparente, doit être opérée aussi près qu'il est possible du début de la crise.

- il n'existe pas de traitement medical de l'appendicite aiguë. Le traitement de la crise de l'appendicite aiguë est l'opération dans les 24 premières heures."

En 1936, le principe "toujours, tout de suite" semble être remis en question à la suite d'une intervention de G. Méthivet "sur les suites malheureuses d'une appendicite opérée tardivement" mais il est loin de recueillir l'unanimité. De cette discussion extrayons ce passage de Y. Delagénieres : "évacuer immédiatement le plus possible de pus avant de drainer et ne jamais, sous aucun pretexte, laisser de mèche à demeure dans le ventre. Le mechage est pourtant la cause de bien des accidents secondaires désastreux. Mettre des mèches dans le ventre ce n'est pas du tout mettre une barrière, c'est en réalité fixer les éléments septiques et créer un deuxième foyer septique à la place du premier".

L'immédiat avant-guerre et l'après-guerre voient les premières communications sur l'usage des sulfamides locaux et généraux, puis de la pénicilline en matière de peritonites aiguës.

Plus près de nous, en 1953, c'est la communication de G. Laurence "Résultats obtenus par la méthode de prévention systematique et d'abstention chirurgicale dans les ileus post-appendiculaires precoces chez l'enfant", qui donne le thème d'une discussion.

Citons sa position en matière de drainage qu'il donne dans la clôture de la discussion :

"En fin d'appendicectomie pour péritonite diffusée le chirurgien se trouve devant deux éventualités totalement différentes : ou bien la surface séreuse est continue, formant une cavité péritonéale close, ou bien s'ouvre quelque part une brèche sur un espace conjonctif infecté.

Dans le premier cas, il est logique d'évacuer le péritoine et d'essorer le Douglas pour diminuer la masse des résidus fibrino-nécrotiques, mais il est mauvais de mettre un drain dans le Douglas et plus encore de le laisser. Je ne mets plus jamais de drain dans le Douglas et je fais enlever dans les 24 heures ceux qui ont été mis par d'autres.

Dans le second cas, le problème est totalement différent : un espace infecté ne guérit que par l'expression et la chasse de toutes les souillures et toutes les nécroses poursuivies jusqu'à ce que la surface primitive se centre sur une cicatrice lineaire ou punctiforme qui l'efface.

L'ouverture sur le conjonctif rétro-péritonéal permet rarement le traitement idéal : fermeture de la brèche et dérivation sousjacente vers l'extérieur."

Les oppositions en matière de drainage ne sont toutefois pas terminées puisqu'à l'Académie de Chirurgie en 1962, faisant suite aux débats du 65e Congrès de Chirurgie - débats dirigés par le Pr Weiss - deux communications semblaient s'affronter au cours de deux séances consécutives :

- "Appendicite et drainage" par J.L. Brenier qui restait fidèle à la méthode de Desplas
"au risque disait-il de passer pour un attar-

dé de la chirurgie".

- "Le drainage dans les appendicites aiguës graves" par Ph. Monod-Broca, P. Testas et M. Hirsch, communication qui a été à l'origine de cette thèse.

PRINCIPES ET INDICATIONS DU
DRAINAGE SOUS PERITONEAL

Si nous nous sommes quelque peu étendu sur l'histoire du drainage c'est pour montrer que notre position n'est pas révolutionnaire mais qu'elle continue celle d'une longue lignée de chirurgiens, née il y a plus de cinquante ans.

Le drainage intra-péritonéal nous apparaît ;

- inutile si la cavité péritonéale a été complètement débarrassée de son contenu septique.
- inefficace dans le cas contraire car quel qu'en soit le mode, son efficacité est toujours très limitée dans le temps.
- dangereux enfin :
 - il peut entretenir l'infection et être source de rétention (c'est le cas du drainage textile)
 - il peut menacer la vitalité du tube digestif et être cause de fistule ou de formation d'adhérences (c'est encore le cas du textile)
 - il crée un risque réel d'occlusion mécanique,
 - il peut menacer les vaisseaux iliaques (s'il s'agit de drains tubulaires laissés trop longtemps en place.
 - volumineux, il peut être cause d'éventration.

Par contre, comme l'a parfaitement exposé G. Laurence (reprenant là une notion connue depuis fort longtemps, nous avons vu que Arnaud

y insistait déjà en 1911), le tissu cellulaire sous-péritonéal ne partage pas les mêmes capacités de défense contre l'infection que le péritoine :

- celui-ci est une séreuse qui une fois débarrassée de son contenu septique se défend elle-même.
- celui-là, comme tous les tissus cellulaires ne se défend pas et lorsqu'il est infecté doit être excisé - mais c'est ici difficile ou bien laissé à son évolution naturelle qui est la nécrose et l'élimination.

Il n'y a aucune indication du drainage intra-péritonéal en matière d'appendicite il n'y a que des indications de drainage du tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'exemple le plus typique est celui du tissu cellulaire rétrocaecal infecté par un appendice lui-même sous-péritonéal. Ici peut être réalisé un drainage complètement extra-péritonéal et l'on pourrait, à la limite, suturer la berge péritonéale du décollement pour refermer complètement la grande cavité. Nous utilisons dans ces cas une lame de caoutchouc ondulé, placée rétro-caecale dans le décollement et sortant au plus court par une contre-incision lombaire.

Mais le tissu cellulaire peut être infecté par effraction péritoneale en d'autres endroits que ce soit par un appendice ou un abcès méso-caelique ou bien pelvien.

Nous avons étendu à ces cas la forme de drainage précédemment décrite ; cette méthode est le fruit d'une évolution, elle n'a pas été découverte d'emblée et a fait au début l'objet de tâtonnement.

Dans ces cas le but est encore de drainer le tissu celluleux infecté par une lame qui rejoint au plus vite la région rétro-caecale, en ayant un trajet intra-péritonéal le plus court possible : derrière la dernière anse iléale en cas d'atteinte méso-caelique, au-dessous du caecum en cas d'atteinte pelvienne.

Voilà les indications de Nécessité.

Il est une indication de principe : c'est quand un décollement caecal a été nécessaire pour mobiliser le caecum et faciliter l'appendicectomie, on a ouvert et donc contaminé le tissu rétro-caecal qui, là encore, doit être drainé.

Il est des indications de sécurité : c'est quand il existe un doute sur la solidité de la base de l'appendice, sur la qualité de la suture caecale parfois nécessaire, ou bien quand une suture digestive a été associée, il nous paraît prudent dans ces cas de laisser une lame rétro-caecale, qui posée selon les modalités précédentes nous paraît présenter le minimum d'inconvénient.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Nous avons réuni 180 cas d'appendicites aiguës graves, la première date de 1954, la dernière a été opérée en 1968. Ces 180 observations proviennent :

- 147 du Service de Chirurgie de l'Hôpital Marcelin Berthelot à Courbevoie, Chef de Service D. Monod-Broca. (1959-1964).

de la pratique civile du Dr Monod-Broca et du Dr TESTAS.

- 33 ont été opérées par l'auteur : dans les Services de Chirurgie de l'Hôpital de Saint Germain en Laye (Chef de Service Dr Léger), de Créteil (Chef de Service Dr GERMAIN Professeur agrégé) et des hospices civils de Sedan et de Vitré.

Elles se répartissent de la façon suivante :

- appendicites gangréneuses : 57
- Péritonites appendiculaires
 - sans perforation : 42
 - avec " : 32
- abcès appendiculaire : 42
- Péritonites secondaires à une rupture d'abcès : 7

Il convient de préciser tout d'abord les critères qui ont été utilisés pour définir la gravité d'une appendicite. La classification précédente montre que ces critères ont été uniquement anatomiques ou plutôt anatomo-pathologiques :

- état de l'appendice
- existence d'une diffusion infectieuse qui est restée limitée au pourtour de l'appendice ou qui s'est propagée au péritoine libre.

Cette classification peut choquer au premier abord le clinicien. Elle remonte pourtant à l'époque qui a vu naître le dogme de l'intervention immédiate en matière d'appendicite aigüe. Elle seule est logique car l'évolution, c'est à dire les complications post-opératoires dépend essentiellement - outre le terrain de la diffusion de l'infection et du traitement qui lui a été opposé.

L'état de l'appendice permet de définir l'APPENDICITE GANGRENEUSE. N'ont été retenues sous ce terme que les appendicites dont le compte-rendu opératoire portait :

- appendice entièrement gangréné ou entièrement sphacélé
- appendice gangréné ou sphacélé sur plus de la moitié de son étendue.

Ont donc été éliminés tous les cas où l'on notait : appendice présentant une plaque de sphacèle. De même, n'ont pas été retenus les autres lésions appendiculaires isolées de nature variée :

- abcès de la pointe de l'appendice,
- abcès endo-appendiculaire,
- appendice très infecté se rompant lors de l'extériorisation,
- appendice recouvert de fausses membranes,
- appendice qui doit être sculpté aux ciseaux.

Toutes les fois que les mots "sphacèle ou gangrène totale ou étendue" n'étaient pas écrits, les observations ont été éliminées.

Il est vraisemblable que d'authentiques appendicites gangréneuses s'y trouvent, mais

elles n'ont donné lieu à aucune complication grave, hormis quelques abcès de parois, ce qui justifie leur élimination du cadre des appendicites graves.

Dans plus de la moitié des cas des appendicites gangréneuses, il existait une minime réaction péritonéale au voisinage même de l'appendice, sous forme de liquide trouble ou "bouillon sale" parfois fétide, la discrétion même de cette réaction rendant impossible tout prélèvement nous empêche de les ranger dans le cadre des péritonites appendiculaires.

La définition des péritonites avec ou sans perforation, des abcès et des péritonites secondaires à une rupture d'abcès est simple aux vues des lésions opératoires et ne mérite pas de discussion.

Un dernier point doit être souligné : compte tenu de la définition de la gravité des appendicites aiguës, la statistique rapportée n'est pas intégrale. Au début de l'expérience de drainage par lame à travers une contrincision lombaire, qui fait l'objet de ce travail, quelques balbutiements conduisirent à des techniques variées : méchage, utilisation de drains de Redon, voire même de Mikulicz. Ces cas ont été rejetés, mais lorsqu'ils furent l'objet d'une évolution défavorable, en particulier mortelle, ils seront cités - par souci d'honnêteté - en annexe des complications post-opératoires.

Ainsi définie cette éserie de 180 appendicites graves comporte 7 évolutions fatales.

L'AGE des opérés a été retrouvé dans 168 cas. Il se répartit ainsi :

- 12 enfants de moins de 10 ans, dont un

- seul de - de 5 ans (3 ans)
- 38 adolescents de 11 à 19 ans.
- 62 adultes de 20 à 39 ans.
- 34 adultes de 40 à 59 ans : 2 décès (46/47 ans)
- 12 opérés de 60 à 69 ans : 2 décès (64/66 ans)
- 8 opérés de 70 à 80 ans : 70 ans (2)
72 ans (2), 75 ans (3) 78 ans (1) ;
2 décès (74/78 ans)
- 2 opérés de + de 80 ans : 81 ans (décédé)
86 ans

Cette statistique est faite à partir de cas dont certains proviennent de services hospitaliers qui ne traitent pas les enfants de moins de 15 ans. Elle n'est donc pas représentative en matière de chirurgie infantile.

Cet échantillon permet néanmoins un certain nombre de constatations surtout en ce qui concerne les malades âgés.

- 112 opérés de - de 40 ans soit 66,2 % sans mortalité
- 56 opérés âgés de + de 40 ans, 7 décès soit 12,5 % de mortalité dans cette deuxième tranche de vie dont 5 cas après 60 ans (sur 22 opérés) soit 22,7 %)

L'âge est surtout le grand âge apparaît donc comme un facteur important de mortalité.

Examinons de plus près la morbidité des opérés de + de 60 ans.

Opérés de 60 à 69 ans -

Obs. 11 M. C. 65 ans - Abscess pelvien. Non drainé. Hématome infecté le quatrième jour - douleur du mollet le huitième jour. Pas de traitement anticoagulant.

Obs. 20 Mme G. 61 ans - Appendicite gangréneuse rétrocoecale, drainée par contreincision lombaire. Surinfection bronchopulmonaire le septième jour. 48 heures après l'arrêt de la pénicillinothérapie. Traitée par auréomycine 5 jours, sortie guérie le 23e jour.

Obs. 29 M. K. 62 ans - Appendice gangrené avec épanchement péritonéal, non drainé. Abscess de paroi le 9e jour. Sortie le 17e jour.

Obs. 34 M. K. 62 ans - Péritonite par perforation appendiculaire, non drainé. Abscess de paroi. Sortie le 27e j. Eventration secondaire malgré l'absence de drainage.

Obs. 43 Mme L. 68 ans - Opérée le 5e jour d'un abscess mésocoeliaque drainé par contreincision lombaire. Gaz à la douzième heure. Importante suppuration pariétale. Sortie le 24e jour.

Obs. 54 M. N. 66 ans - Peritonite généralisée à colibacilles par appendice mésocoeliaque perforé à sa base (suture du caecum). Ilcus post-opératoire ; aspiration du 2e au 5e jour. Embolie pulmonaire le 7e jour traitée par anticoagulants. Sortie le 20e jour.

Obs. 77 Mme X. 65 ans - Appendice mesocoeliaque sphacélé avec épanchement intrapéritonéal. Subocclusion nécessitant trois jours d'aspiration. Sppuration de paroi. Sortie le 25e jour.

Obs. 105 M. B. 63 ans - Opéré à la 48e heure d'une péritonite par perforation appendiculaire. Suites simples. Mais deux mois plus tard, occlusion par virole du sigmoïde.

Obs. 128 M. G. - décès à l'extubation (°)

(°) Les observations des malades décédés sont étudiées page 97.

Obs. 134 M. J. - Opéré à la 24e heure d'un abcès appendiculaire à colibacilles, non drainé. Suites simples. Sortie le 11e jour.

Obs. 141 Mme F. - Opérée le 4e jour d'un abcès mésocoeliaque (paracoli et enterocoques). Chez cette cirrhotique écoulement d'ascite post-opératoire par l'incision. Surinfection du liquide d'ascite (staphylocoque). Sortie le 36e jour.

Obs. 180 M. X. 64 ans - Decede (°)

Opérés de 70 à 80 ans

Obs 41 M. L. 75 ans - Opéré le 4e jour d'un abcès mésocoeliaque (entero et staphylo) non drainé. Sub occlusion du 3e au 5e jour. Pas d'aspiration. Reanimation hydroélectrolytique. Abcès de paroi. Sortie le 25e jour. Opéré 4 mois plus tard d'une occlusion intestinale par bride de la region caecale.

Obs. 46 M. L. 72 ans - Opéré le 2e jour d'un abces rétroiléocoecal. Drainé par contrincision. Embolie tibiale postérieure gauche le 5e jour. Traitement anticoagulant. Sortie le 20e jour.

Obs* 76 M. X. 72 ans - Abcès rétrocaecal drainé par contrincision suppuration de paroi. Sort: guéri.

Obs. 88 M. Y. 75 ans - Appendicite gangréneuse avec perforation caecale à 1 cm de la base de l'appendice. Suture de la perforation. Drainage par contrincision lombaire. Sortie le 31e jour.

(°) Les observations des malades décedés sont étudiées, page 97.

Obs. 113 M. B. 70 ans - opéré à la 24e heure d'appendicite gangréneuse. Suites simples. Sort le 10e jour.

Obs. 128 Mme F. 75 ans - décédée à l'extubation (°)

Obs. 129 Mme P. 78 ans - décès à la 48e heure (°)

Obs. 130 M. D. 70 ans - Opéré plusieurs jours après le début de la crise aiguë d'un volumineux abcès rétrocaecal. Drainé par contrainction. Fistule caecale le 7e jour. Fermeture spontanée. Sortie le 21e jour.

Deux opérés de + de 80 ans :

Obs. 135 Mme D. 86 ans - Péritonite par perforation d'un abcès mésocaeliaque (à *Proteus vulgaris*) non drainée. Subocclusion du 4e au 7e jour. Aspiration et réanimation. Guérison. Sortie le 18e jour.

Obs. 147 M.G. 81 ans - Opéré le 5e jour d'un abcès iliaque droit décès le 4e jour (°)

La morbidité apparaît lourde dans la tranche d'âge supérieure à 60 ans. Sur 17 opérés survivants :

- seuls 3 d'entre eux (obs. 105, 113, 134) ont des suites parfaitement simples et ne sont hospitalisés que 8 jours.
- les autres ont une durée d'hospitalisation d'environ trois semaines qui a pour cause :
 - 10 suppurations pariétales
 - 1 surinfection bronchopulmonaire
 - 4 subocclusions
 - une fistule caecale

(°) Les observations des malades décédés sont étudiées page 97.

- 3 complications thromboemboliques.

N.B. Plusieurs complications s'étant succédées chez un même malade, le total de celles-là est supérieur au nombre d'opérés.

Delai moyen d'hospitalisation : 23 jours. (décès et durée de séjour inconnu : exclus), ce qui compte tenu de l'âge et probablement du milieu socioéconomique n'est pas très élevé. Par ailleurs aucune réintervention.

Le SIEGE de l'appendice a été précisé dans la totalité des comptes rendus opératoires.

L'appendice a été trouvé 94 fois en position normale, 52,2 %
86 fois en position ectopique, 47,8 %.

Il convient toutefois de préciser ce que nous entendons par appendice en position normale. Paradoxalement, cela ne signifie pas que l'appendice soit toujours dans la fosse iliaque droite. Les variations de position de l'appendice dépendent d'une part de ses rapports avec le caecum et d'autre part de la position du caecum.

La position anatomique normale de l'appendice, c'est à dire la plus fréquente, est le long du bord interne du bas-fond caecal. Mais il s'en faut que la position habituelle du bas-fond caecal soit la fosse iliaque droite.

Une incision faite au point de Mac Burney "tombe" habituellement sur le caecum, mais il faut le plus souvent refouler celui-ci vers le haut pour découvrir l'angle ileocaecal et l'implantation de l'appendice. Or, celui-ci plonge vers le bas. Son siège le plus fréquent nous apparaît donc être à cheval sur le promontoire voire même franchement pelvien.

Par ailleurs, l'appendice peut avoir des rapports variés avec le bas-fond caecal :

- dans certains cas un meso de longueur normale et non accolé permet de rétablir une position normale,

- ailleurs, au contraire, un méso rétracté, des accolements péritonéaux antérieurs fixent la position de l'appendice.

Si bien que le terme chirurgical "d'appendice en position normale" trouve dans les comptes rendus doit être interprété : appendice libre ayant des rapports normaux avec le caecum.

Dans les autres cas, l'appendice sera dit en position ectopique : - soit que celle-ci, fixe, préexistait à la maladie de l'organe,

- soit au contraire que l'appendice ait été fixé par sa propre infection.

C'est sous cet angle que doivent être interprétés les chiffres suivants :

86 ectopiques

- 40 en position mesocaeliaque, 22,2 %
- 36 en position rétrocaecale, 20 %
- 10 en position pelvienne, 5,5 %

Comment se fait-il que la position pelvienne, la plus habituelle, soit la moins fréquente en matière d'appendicite grave ? C'est qu'il existe une corrélation étroite entre le siège de l'appendice et son infection dans l'évolution de la maladie :

Fixé dans un siège inhabituel le diagnostic de l'affection sera plus difficile donc plus tardif.

Le siège peut en outre conférer une nature particulière à l'évolution de l'infection ap-

pendiculaire.

Nous examinerons successivement l'heure de l'intervention par rapport au début des troubles, puis la nature des lésions en fonction du siège.

L'HEURE de l'intervention par rapport au début de la crise n'est mentionné dans les observations que 146 fois. Celle-ci a lieu :

1er jour	:	51 cas	1 décès	obs. 98	mort subite
2e jour		41 cas	2 "	obs. 125/129	75 et 78 ans
3e	"	35 cas			
4e	"	10 cas			
5e	"	4 cas	3 "	obs. 126/128	et 147
6e	"	1 cas			
7e	"	1 cas			
8e	"	1 cas			
9e	"	2 cas	1 "	obs. 180	

Première constatation : sur 7 décès, 4 surviennent sur des sujets opérés après le 4e jour de la crise.

Le dogme de l'intervention immédiate devant une appendicite aigue - dont les fondements remontent à la discussion de la Société de Chirurgie de Paris en 1913 - n'a plus besoin d'être démontré aujourd'hui. Il est unanimement accepté et suivi. Les progrès de l'anesthésie et de la réanimation ne doivent pas conduire à un laisser aller coupable : il est des appendicites graves d'emblée.

"Opérer tôt, c'est supprimer la mortalité. Opérer le plus tôt possible, c'est assurer des suites simples, des suites d'appendicite à froid."

En fait, aujourd'hui, le retard opératoire

ne reconnaît qu'une cause normis l'éventuelle négligence des malades : les difficultés du diagnostic ; c'est ce qui apparaît quand on étudie le délai opératoire en fonction du siège.

ler jour	Siège normal		Siège ectopique	
1er jour	36	50 %	15	20 %
2e "	18	25 %	23	31 %
3e "	12	16,6 %	23	31 %
4e "	3		7	
5e "	2		2	
6e "			1	
7e "			1	
8e "	1		1	
9e "			1	
	72		74	

50 % des appendicites graves de siège habituel sont opérées 24 heures après le début de la crise et la courbe en fonction du temps est régulièrement décroissante.

A l'opposé, 20 % seulement des appendicites ectopiques graves sont opérées dans les mêmes délais, les 2/3 sont opérées les 3e et 4e jour.

Les progrès à réaliser sont dans le domaine du diagnostic. Il n'est donc pas inutile de revenir sur la symptomatologie de la crise aiguë et surtout sur ses éventuelles variations selon le siège.

Le syndrome fonctionnel habituel est constitué d'une douleur dans la fosse iliaque droite, de vomissements, d'arrêt des gaz avec fièvre. Mais ce symptôme n'est pas toujours complet, des signes peuvent manquer : "la douleur spontanée peut siéger n'importe où, les vomissements peuvent manquer, les gaz passer.

L'arrêt des matières peut être remplacé par une belle diarrhée et la température normale, même dans les appendicites les plus graves."

Ici aussi, "les signes doivent être pesés et non comptés". Un malade qui a mal au ventre et un pouls accéléré suffit à évoquer la possibilité d'une appendicite aiguë.

La palpation de l'abdomen commence par la fosse iliaque droite. Qu'y cherche-t-on ? Le caecum, car "c'est le port d'attache obligatoire du redoutable organe" et c'est à son bord interne que l'on recherche la douleur provoquée. La fosse iliaque droite est-elle vide ? C'est plus haut vers le rebord hépatique qu'il faudra se porter. La palpation gagnera ensuite la fosse lombaire droite, puis le pelvis accessible par le toucher rectal.

L'APPENDICITE PELVIENNE a fait l'objet de nombreuses descriptions dans les traités. Elle nous est apparue rare dans sa forme classique. Celle que nous avons observée se différenciait peu d'une forme banale de la fosse iliaque droite, si ce n'est que la douleur y était plus basse.

Si le caecum est mobile, il est possible de remonter celui-ci par la palpation et donc de rendre plus superficiel l'organe malade. S'il est fixé, c'est au cul de sac vaginal droit que sera retrouvé le maximum douloureux.

Obs. 150 Mme C. 48 ans - présente depuis midi des douleurs de la fosse iliaque droite avec nausées puis vomissements. La température est à 38°6, le pouls à 112. La langue est saburrale. A l'examen, douleur et défense de la partie basse de la fosse iliaque droite. Cul-de-sac droit douloureux au T.V. Mais non empâté. Pas d'antécédents d'infection

génitale, pas d'épisode récent de leucorrhées.

Intervention (23 a.) sérosité louche intra-péritonéale (colibacilles) appendice gangréné préperforatif en situation pelvienne.

Suite simple. Sortie le 8e jour.

Les formes classiques avec signes fonctionnels pelviens - urinaires et rectaux - et absence de signes abdominaux avec empatement ou masse perceptible du cul-de-sac droit sont déjà des accès appendiculaires pelviens.

Quant au diagnostic différentiel avec une infection annexielle droite, il se pose toujours, quoique celle-ci soit devenue plus rare mais depuis l'usage des antibiotiques l'intervention - faite de principe devant la possibilité d'une appendicite pelvienne - ne risque plus de provoquer de flambée d'une éventuelle infection génitale. Pourquoi courir le risque dans ces conditions, de méconnaître une appendicite basse ?

L'APPENDICITE RETROCAECALE peut évoquer une crise de coliques néphrétiques, s'accompagner d'une douleur de la hanche ou de la cuisse. Il faut palper non seulement la fosse iliaque droite, mais aussi la région susiliaque et la fosse lombaire, s'aider de deux manœuvres :

- La palpation en décubitus latéral gauche qui débarrasse la fosse iliaque droite de ses organes mobiles hormis le colon droit et permet un palper bimanuel de la fosse lombaire.
- la manœuvre du Psoas qui, faisant contracter ce muscle, permet d'examiner l'appendice "sur un plan dur".

Hésite-t-on, avec une affection urinaire, un examen cytobactériologique des urines et surtout une U.I.V. seront pratiquées d'urgence.

Le rein droit est-il muet, ce n'est pas une appendicite.

On a certes décrit des crises de coliques néphrétiques avec mutité rénale radiologique au cours d'appendicite aiguë rétrocaecale mais ces faits sont trop rares pour que l'on puisse s'arrêter.

Par contre, le rein sécrète-t-il normalement, l'exploration chirurgicale s'impose. Sinon ...

Obs. 170 Le jeune C. 16 ans - Long adolescent est adressé pour "tuméfaction fébrile du flanc droit". Il y a une semaine il a présenté une crise douloureuse du flanc droit avec syndrome pseudogrippal et diarrhée. Tout est rentré dans l'ordre sous l'action de la Tifomycine alors prescrite, jusqu'à la réapparition d'un état fébrile et la survenue de cette tuméfaction fluctuante.

Intervention, découverte d'un gros abcès rétro et latérocaecal externe (pus à colibacilles). L'appendice est enchatonné dans la musculature caecale postérieure où il doit être sculpté aux ciseaux. Drainage par lame ressortant par une contreincision lombaire. Gros abcès pariétal dans les suites (un colibacille présentant les mêmes sensibilités vis à vis des antibiotiques est retrouvé dans le pus pariétal). Hospitalisation 24 jours.

La crise d'appendicite aiguë mesocoliaque peut avoir la même symptomatologie qu'une crise "banale" et notamment la douleur dans la Fosse

iliaque droite mais nous ne pensons pas que l'on puisse dire comme J.C. Raymond : "De la crise (d'appendicite mesocoliaque) nous ne dirons rien : elle est la même que dans les autres cas et peut presque toujours être diagnostiquée par les moyens habituels, pour peu que l'on veuille bien admettre que l'appendice peut faire souffrir en milieu de ventre aussi bien que dans la fosse iliaque droite." car c'est précisément ce déplacement des signes physiques vers la ligne médiane qui rend compte des difficultés du diagnostic.

Obs. 11 - Le jeune G. 3 ans - se plaint depuis 36 heures de douleurs abdominales et de brûlures mictionnelles. Température 38°4, douleurs modérées, légère défense, hyperesthésie cutanée à prédominance médiane. Douleur au TR. Le diagnostic d'appendicite mésocoliaque est évoqué.

A l'intervention, découverte d'un appendice mésocoliaque gangréné à sa base, non perforé, avec liquide fétide bouillon sale dans la grande cavité. Fermeture sans drainage, suites simples.

L'observation suivante permet de suivre l'évolution d'une crise d'appendicite aiguë mésocoliaque.

Obs. 39 Mme L. 48 ans - présente dans la nuit du 10 au 11 décembre 1958 de violentes douleurs abdominales basses avec coliques. Elle appelle son médecin le 11 au matin qui constate une vive douleur iliaque droite et médiane suspubienne. La température est à 38°5. Il y a un arrêt du transit. La malade refuse l'hospitalisation proposée. Elle y consent le 12. La douleur iliaque droite est alors modérée. Le TV indolore mais la température se maintient à 38°. La malade refuse l'intervention proposée. Le 13/12 elle n'a plus

mal mais l'état febrile persiste et le transit n'est toujours pas rétabli. Elle consent enfin à se faire opérer. Intervention, Mac Burney. Appendice mésocolique plus gros que le pouce, plein de pus, gangréné dans sa partie proximale. Pas d'épanchement intra-péritonéal. Fermeture sans drainage.

Le prélèvement aseptique du pus appendiculaire trouve des colibacilles et quelques cocci gram + (staphylocoques et entérocoques) antibiotiques : pénicilline - streptomycine puis tifomycine le 3e jour aux vues de l'antibiogramme. Les suites sont simples d'abord mais le 21/12 un point de côté apparaît avec fébricule, sans signe jambier, et fait mettre la malade sous perfusion d'héparine puis tromexane. Sortie le 19e jour.

La surveillance préopératoire étroite de cette malade pendant trois jours permet de suivre au décours d'une crise aigue à symptomatologie typique - qui permettait de poser l'indication opératoire - la regression progressive des signes fonctionnels et physiques pour aboutir à une accalmie traitresse malgré la persistance des signes généraux.

Laissons conclure J.C. REYMOND :

"Reconnaître une crise appendiculaire aigue est à peu près possible quel que soit le siège de l'organe ; poser l'indication opératoire doit l'être toujours. Mais peut-on essayer de présumer l'emplacement de l'organe pour arriver à une perfection plus grande dans l'art du diagnostic. C'est la chose pratiquement impossible car la réussite ne relève que de hasards. En fait, la seule victoire est d'opérer à temps et le reste s'apparente moins au diagnostic qu'au jeu de devinettes."

C'est ce qu'a bien montré J. HUGUIER dans une statistique méticuleusement établie. Il en ressort que dans le cadre de la crise appendiculaire aigue :

- la localisation de la douleur spontanée n'apporte aucun argument valable pour faire présager le siège de l'appendice.
- la situation de celui-ci n'influe pas d'une façon évidente sur l'état de la paroi.
- l'état de celle-ci ne permet pas de porter un diagnostic localisateur et de faire préconiser une incision particulière.
- le siège de la douleur provoquée ne permet pas de prévoir avec constance la localisation anatomique.

"En fait, cette recherche localisatrice paraît être un raffinement quelque peu superflu quand on songe au retard avec lequel sont opérés nombre d'appendicites, retard qui rend la situation grave, pour ne pas dire critique.

Le vrai problème c'est de reconnaître la maladie au bon moment."

FORMES ANATOMIQUES
en fonction du siège

LÉSIONS SIÈGE	Append. gangr.	Péritonites		Abcès	Abc. av. perito.	
		sans perf.	avec perf.			
Normal	40	23	19	11	1	94
Mesocaelique	2	12	9	11	6	40
Retrocaecal	11	5	2	18		36
Pelvien	4	2	2	2		10
Fréquence	57 17/7	42 19/42	32 13/32	42 31/42	7 6/7	
Siège ectopique	29 13	45 13	40 ~	73 12	85 12	

LES FORMES ANATOMIQUES

I. APPENDICITES AVEC LÉSIONS GANGRENEUSES.

57 cas ont été relevés selon les critères que nous avons précédemment définis. 25 s'accompagnaient d'un épanchement très modéré, bouillon sale. Sa discrétion n'a pas permis de les ranger dans le cadre des péritonites.

Nous verrons dans le chapitre bactériologique que l'identification des germes n'a pas permis de mettre en évidence de germes pathogènes particuliers dans ces formes, mais il convient de nuancer cette affirmation par le fait que les cultures n'ont pratiquement jamais été faites sur milieu anaérobie.

Du point de vue topographique :

- 40 appendices étaient en position normale,
- 2 en position mésocœliaque,
- 11 en position rétrocaecale,
- 4 en position pelvienne.

Deux fois le sphacèle s'étendait au caecum, ce qui a nécessité une résection cunéiforme de celui-ci et une suture (obs. 75 et 80).

Une fois fut découvert un diverticule de Meckel.

Obs. 48 Mme M. 30 ans - Opérée à la 48^e heure d'une appendicite gangréneuse rétrocaecale présente un diverticule de Meckel qui est réséqué. Suites simples hormis un hématome

de paroi. Sortie le 8è jour.

Il n'y a pas de décès.

Comme complications postopératoires on note :

- abcès de paroi 3
- éventration 1
- hématome non infecté 2
- occlusion postopératoire 0
- réintervention : 1 (ce cas sera analysé ultérieurement) page 114.
- complications extraabdominales :
 - = 2 embolies pulmonaires
 - = 1 phlébite des membres inférieurs
 - = 1 surinfection bronchopulmonaire.

Les suites opératoires de ces appendicites gangréneuses apparaissent simples : la durée d'hospitalisation n'a été dans l'immense majorité des cas que de 8 jours, bref des suites très voisines de celles d'appendicites aiguës banales, voire même d'appendicectomie à froid. On pourrait donc nous reprocher d'avoir placé les appendicites gangréneuses dans le cadre des appendicites graves, ce que semble infirmer la faible mortalité.

L'analyse mérite d'être poussée plus loin.

Sur 57 cas, le délai d'intervention est retrouvé 42 fois :

- 25 furent opérés dans les 24 premières heures (dont 20 appendicites en position habituelle)
- 10 le deuxième jour (dont 6 ectopiques)
- 6 le troisième jour (dont 5 ectopiques)
- 1 le quatrième jour, ectopique.

59 % furent donc opérés dans les premières 24 heures dont 4 sur 5 en position normale. Quand le délai opératoire s'allonge, la proportion des appendices ectopiques croît -60 % d'ectopiques le 2è jour, 83 % le 3è jour-

La bénignité des suites opératoires ne relève donc pas d'une moindre gravité des appendicites gangréneuses, mais du fait qu'elles ont été opérées très précocément. Le fort d'appendices en position habituelle nous paraît à cet égard très évocateur.

L'évolution locale plus rapide de la gangrène comparée aux autres formes d'infection appendiculaire fait d'elle la grande pourvoyeuse de péritonite par perforation si l'appendice est libre, d'abcès si l'appendice est sousp riton al pour peu que le diagnostic tarde et que l'intervention soit reculée.

L'intervention précoce reste donc le seul moyen d'éviter des complications graves en matière d'appendicite gangréneuse.

Reste le problème du drainage.

14 cas furent drainés par une lame sortant par coontrincision lombaire.

- 5 fois pour un appendice r trocecal,
- 1 fois pour un appendice mésocaeliaque,
- 1 fois pour un appendice pelvien.

3 fois le drainage est dit "de securité" (dans 2 cas il s'agissait d'une suture du caecum).

Avec le recul, les 5 derniers drainages nous paraissent peu justifiés et aujourd'hui de tels cas auraient conduits à une fermeture sans drainage.

II. LES PERITONITES APPENDICULAIRES

sont au nombre de 81 :

- 42 péritonites sans perforation appendiculaire
- 37 péritonites avec perforation,
- 7 péritonites par rupture d'abcès.

Nous comptons 4 décès dans ce groupe soit 5'.

A) LES PERITONITES SANS PERFORATION APPENDICULAIRE -

Elles ne comportent aucun décès.

Nous incluons dans ce chapitre les épanchements puriformes aseptiques, à condition que l'épanchement soit abondant.

En voici 3 exemples :

Obs 21 Mme G. 18 ans est opérée à la 21^è heure d'un syndrome douloureux et fébrile de la fosse iliaque droite. Abondant épanchement intraperitonéal qui s'avèrera stérile à la culture. Appendice entièrement gangrenée en position normale.

Fermeture sans drainage.

Germes isolés sur l'appendice : entérocoques et colibacilles

Suites simples. Sortie le 8^è jour.

Obs 36 M.L. 40 ans est opéré à la 24^è heure. Abondant liquide puriforme aseptique. Appendice gangrené retroileocaecal. Une lame par contreincision lombaire. Suites simples. Sortie le 13^è jour.

Obs 49 P.M. 50 ans est opéré à la 24^è heure pour un syndrome peritonéal. Abondant liquide louche intraperitonéal stérile. Découverte en position normale d'un appendice entièrement gangrené, fermeture sans drainage. Suites simples. Sortie le 7^è jour.

La vérification bactériologique de l'épanchement n'ayant pas pu être systématique, il est vraisemblable que d'autres cas d'épanchement puriforme aseptique n'ont pas été identifiés, c'est ce doute qui nous a conduits à ranger les formes authentiques dans le cadre des péritonites.

Topographie :

- 23 appendices se trouvaient en position normale,
- 12 en position mésocaélique,
- 5 en position rétrocaécale,
- 2 en position pelvienne.

Une observation mérite d'être rapportée :

Obs 77 Chirurgicalien Dr Monod Broca : "Il s'agissait d'une femme grasse de 64 ans, opérée à la 10^è heure de sa crise chez laquelle je découvris du pus libre dans la grande cavité et un appendice mésocaélique gangréné, dont l'exérèse fut laborieuse. Je constatais ensuite que j'avais, en cours d'opération, désinséré la fin du grêle de son mésentère. Je me résolus à faire une résection intestinale et une réimplantation ileocaécale en deux plans bord à bord. Du pus avait été prélevé pour analyse, le reste fut soigneusement aspiré. Je drainais au contact de l'appendice par une lame de caoutchouc que je fis ressortir rétrocaécale par une incision du flanc droit. Les suites furent troublées par une occlusion paralytique dont l'aspiration duodénale vint à bout et par une suppuration de paroi. Durée d'hospitalisation 1 mois".

Pas de decès dans ce groupe.

Morbidité postopératoire :

- abcès de paroi 6
- éventration 1
- hématome non supuré 1
- subocclusion paralytique 3
 - Obs 30 (Sortie 23^è j.)
 - Obs 58 (Sortie 9^è j.)
 - Obs 77 (Sortie 30^è j.)
- complications extraabdominales 0

Drainage : 7 cas furent drainés :

6 fois par une lame ressortant par contrincision lombaire,

1 fois par une lame ressortant par l'incision, :

Obs 16 Mme D. 51 ans est opérée à la 20^e h. pour un syndrome péritonéal à maximum droit. 200 Cm³ de pus dans le ventre. Appendice gangrené à sa partie distale. Toilette. Une lame ressortant par l'incision. Suites simples. Sortie le 15^e jour. Mais éventration postopératoire, opérée 2 ans plus tard.

Voici un exemple typique de drainage par la voie d'abord suivi d'une éventration et qui nous a poussé à ne pratiquer celui-ci que par une contrincision.

Dans aucune de ces péritonites, le Douglas ne fut drainé. Il n'y a néanmoins pas d'abcès du Douglas.

B) LES PERITONITES PAR PERFORATION APPENDICULAIRE.

sont au

Nombre de 32. Il y eut 2 décès.

La Perforation siégeait le plus souvent sur une plaque de sphacèle. Une fois elle siégeait non sur l'appendice mais sur le caecum :

Obs 88 Une femme de 75 ans est opérée au 3^e jour de sa crise. On découvre un appendice plein de pus et une perforation à l'emporte-pièce du caecum à 1,5 cm de la base de l'appendice. Suture de la brèche caecale qui paraît précaire et fait placer une lame ressortant par contrincision lombaire. Sort guérie 1 mois après.

6 fois des calculs stercoraux furent retrouvés libres dans le péritoine.

25 fois existait un épanchement purulent intraabdominal abondant.

Topographie : L'appendice était

- 19 fois en position normale,
- 9 fois mesocaecaliaque,
- 2 fois rétrocaecale,
- 2 fois pelvien,

soit 40 % en position ectopique.

Il y eut 2 décès :

Obs. 98 M. L. 47 ans (mort subite dans l'ambulance qui le ramenait à domicile)

Obs. 129 M. P. 78 ans
que nous analyserons ultérieurement.

La morbidité s'accroît considérablement dans ses formes. On note en effet :

- abcès de paroi 10
- éventration 2
- occlusion postopératoire 8
 - . obs. 2 sortie le 34e j.
 - . obs. 54 sortie le 10e j.
 - . obs. 70 sortie le 8e j.
 - . obs. 97 sortie le 15e j.
 - . obs. 99 sortie le 19e j.
 - . obs. 107 sortie le 10e j.
 - . obs 137 sortie le 23e j.
 - . obs. 179 sortie le 4le j.
- abcès du Douglas 1
 - . obs. 179, nous allons y revenir.
- complications extra-abdominales :
 - . 2 embolies pulmonaires (obs. 2 et 54)
 - . une phlébite superficielle (obs. 55)

Drainage : 3 seulement de ces péritonites furent drainées dont les 2 cas d'appendice re-

trocaecal.

Nous déplorons un ABCES DU DOUGLAS :
obs. 179 - Le jeune W. 13 ans se plaint depuis 3 jours de douleurs de la fosse iliaque droite. Température 38°8. Defense de la fosse iliaque droite. TR douloureux dans son ensemble mais plus à droite.

Chirurgien : M. Hirsch. Mac Burney. Abondante sérosité louche intrapéritonéale. Appendice rétroiléal très infecté, perforé sur un fécalome. Ectomie après agrandissement. Toilette péritonéale à la compresse montée. Tifomycine in situ. Fermeture sans drainage. Colibacilles dans l'épanchement intrapéritonéal. Suites simples les 3 premiers jours. Transit diarrhéique le 4e jour, où apparaissent des vomissements, Le 5e jour diarrhée, météorisme abdominal et vomissements qui font mettre en place une aspiration digestive et une réanimation hydroélectrolytique, tandis que l'on renforce l'antibiothérapie (pénicilline 10 millions, colimycine 5 millions). Le cul-de-sac de Douglas simplement empâté, se comble progressivement et il se constitue un abcès du Douglas qui est drainé par rectotomie le 11e jour (colibacilles présentant les mêmes sensibilités aux antibiotiques dans le pus de l'abcès). Les suites sont dès lors simples.

On pourrait nous reprocher l'absence de drainage dans ce cas et l'accuser de la formation de l'abcès du Douglas. Nous sommes persuadés que la responsabilité en incombe à l'opérateur qui - contrairement aux règles ici énoncées - s'est contenté pour la toilette péritonéale de compresses montées sur une pince-longue.

La morale que nous devons tirer très humblement est qu'il ne faut jamais hésiter au moment de la toilette péritonéale à s'arrêter

pour demander et monter l'aspirateur à vide, seul moyen d'évacuer la totalité de l'épanchement intra-péritonéal et en particulier seul moyen d'assécher le Douglas.

C) LES PERITONITES COEXISTANT AVEC UN ABCES :

7 cas

2 morts

6 appendices en position ectopique : tous les 6 mésocaeliaques

Une perforation d'abcès appendiculaire :

- obs. 128 M. G. décédé le 9e jour d'un oedème aigu pulmonaire.

6 péritonites avec abcès mesocaeliaques :

Obs. 37 - Mme L. 45 ans - Début il y a 3 jours par des douleurs abdominales vagues avec état subfébrile, vomissements et arrêt du transit. Le médecin consulté trouve une douleur de l'hypocondre droit, traitement médicale (glace et antibiotiques). Persistance de l'état occlusif fébrile qui conduit à l'hospitalisation. Température 38°4, pas de défense, douleur exquise sousombilicale. Intervention : abondant liquide bouillon sale dans la grande cavité. Après agrandissement extériorisation d'un appendice perforé au centre d'un abcès mésocaeliaque dont les parois sont formées par la dernière anse et par une 2e située 60 cm en amont, qui forme le couvercle de cet abcès mésocaeliaque. Evacuation du pus de l'abcès, nettoyage de la grande cavité, remise en place des anses. Fermeture sans drainage. Pus contenant du colibacille. Suites opératoires : pénicilline, streptomycine pendant 7 jours, puis tifomycine aux vues de l'antibiogramme pour un état subfébrile relevant en fait d'un abcès de paroi. Sortie le 18e jour. Eventration post-opératoire. Opérée 5 ans plus tard.

Obs. 78 - M. P. a présenté il y a 24 h. une douleur abdominale brutale. Temperature 38°5. La palpation perçoit une tumeur sousparietale paramédiane droite faisant hésiter le diagnostic entre cancer colique droit et appendicite mésocaeliaque.

Intervention. Incision transrectale. Abondant pus intrapéritonéal. Puis on ouvre un abcès retroiléal devant le promoteur gros comme une orange. L'appendice doit être sculpté dans la coque de l'abcès. Hémostase douteuse. Base appendiculaire fragile, le caecum cartonné empêchant tout enfouissement. Devant cette double indication, on se résout à mettre une lame dans la loge de l'abcès qui ressort retrocaecale par contrincision du flanc droit. Toilette péritonéale et notamment du Douglas. Suites simples.

Obs. 101 - Mlle B. 14 ans 1/2 - présente un tableau de péritonite généralisée - 4 jours après le début de la crise par des douleurs abdominales vagues qui deviennent très violentes. Le 3e jour au cours d'un voyage de 700 km.

Intervention - Incision médiane péritonite généralisée par rupture d'abcès mésocaeliaque - toilette péritonéale - fermeture sans drainage.

L'analyse du pus découvre un colibacille - dans les suites constitution au cours d'un tableau subocclusif fébrile d'un abcès du Douglas traité par rectotomie le 10e jour. Guérison.

Obs. 108 - Le jeune D. 15 ans présente une péritonite 24 h. après l'apparition brutale d'une douleur abdominale basse. Intervention médiane péritonite purulente généralisée par rupture d'abcès mésocaeliaque sur gan-

grène appendiculaire. Toilette, fermeture sans drainage.

Ileus paralytique nécessitant 4 jours d'aspiration et de réanimation, puis suites simples et sortie le 12e jour.

Obs. 135 - Mme D. 86 ans syndrome abdominal aigu évoluant depuis 48 heures avec douleurs épigastriques, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Météorisme avec légère défense droite, toucher rectal douloureux. Radio d'abdomen sans préparation : pas de niveau liquide.

"Intervention d'urgence avec arrière pensée d'appendicite aiguë évoluant depuis 48 h." Médiane péritonite généralisée par rupture d'abcès mésocaeliaque à *proteus vulgaris*. Toilette. Fermeture sans drainage. Suites normales les 3 premiers jours, le 4e vomissements et subocclusion nécessitant aspiration et réanimation hydroélectrolytique subfébrile jusqu'au 15e jour. Sortie le 18e jour apyrétique.

Obs 180 - Mme X. 64 ans décédée.

Nous ne saurions terminer ce chapitre sur les abcès mésocaeliaques sans évoquer le nom du Pr Mondor qui a décrit d'une plume à la fois élégante et précise ces appendicites qui superposent "aux signes d'une appendicite, assez profondément tapie, ceux d'une occlusion à fleur de peau".

La mortalité dans ces formes est lourde :
2 décès sur 7 cas.

La morbidité est élevée :

- 1 abcès de paroi et 1 éventration (obs. 37)
- 3 subocclusions (obs. 101, 108, 135)
- 1 abcès du Douglas (obs. 101)

Le seul drainage fut un drainage de sécurité

(obs. 78). L'abcès du Douglas survint sur une péritonite généralisée qui avait fait l'objet d'une toilette soigneuse. Nous n'avons pas d'explication précise à donner à son sujet. Il ne nous semble pas néanmoins qu'il aurait été évité par un drain plongeant dans le Douglas.

Les suites opératoires quelque fois perturbées de ces sujets ne doivent pas faire perdre de vue le résultat final à savoir : la guérison de ces 5 malades et notamment de cette opérée âgée de 86 ans, succès dû certes au caractère complet de l'acte chirurgical mais aussi et surtout au progrès considérable que constitue la réanimation actuelle de tels malades.

III. LES ABCES APPENDICULAIRES - sont au nombre de 42 :

- 11 abcès iliaques droits (26 %)
- 11 abcès mésocœliaques 26 %
- 18 abcès rétrocaëcaux 43 %
- 2 abcès pelviens 5 %

Il y eut 3 décès (obs. 125, 126, 147).

Les abcès sur appendice en position habituelle ont été difficiles à définir et ce cadre regroupe des faits sans doute disparates.

Les comptes-rendus opératoires portant "abcès de la pointe de l'appendice" ont été immanquablement refoulés. Ailleurs par d'autre mention qu'abcès appendiculaire. S'agissait-il d'abcès endoappendiculaires qui ne rentrent pas dans le cadre des appendicités graves ou bien, au contraire, d'abcès périappendiculaires ? Faute de précisions, nous les avons néanmoins rangés dans ce chapitre avec le risque d'augmenter artificiellement le nombre de

ces abcès sur appendice en position normale.

L'observation suivante mérite d'être rapportée :

Obs. 46 - Chirurgien Dr Monod-Broca "abcès iliaque développé en moins de 48 h. chez une femme de 75 ans dont l'état n'engageait guère à la chirurgie. Un premier chirurgien n'avait pas vu d'indication opératoire. Je la vois vers la 36e h. le lendemain et fait le diagnostic de crise d'appendicite ; mais elle avait un retrécissement mitral emboligène dont témoignaient les séquelles d'une hémiplegie et une embolie artérielle du membre inférieur droit pas très ancienne pour laquelle elle était sous traitement anticoagulant. J'espérais refroidir cette crise, mais malgré les antibiotiques et la glace, l'élévation thermique et la recrudescence de douleurs me font intervenir. L'appendice était court, sa base gangrenée et il fallut le sculpter dans la région iléo-caecale au milieu d'un verre de pus. Craignant pour la vitalité du caecum, je mis une lame derrière lui par une contrincision. Les suites opératoires simples du côté abdominal furent troublées le 5e jour par une embolie artérielle du membre inférieur gauche qui cède au traitement médical et fait reprendre le traitement anticoagulant."

Cette observation a le mérite de montrer que 36 heures après le début des troubles cliniques, l'intervention peut découvrir un véritable abcès périappendiculaire. Comment expliquer une formation aussi rapide que nous retrouvons dans 2 cas opérés à la 24e heure (obs. 115 et 134) et dans 3 cas opérés à la 36e heure (obs. citées obs. 127 et 148) ?

La diffusion infectieuse (souvent à partir

d'un appendice gangréné) est restée limitée à l'atmosphère périappendiculaire soit du fait d'une formation de barrière péritonéale -mais les observations ne notent pas de lésions pariétales sur les anses intestinales voisines comme nous en trouverons dans les abcès méso-coaliaques,) soit plutôt parce que cette barrière existait déjà et s'était développée à l'occasion de crises antérieures ayant tourné court (fait retrouvé dans 3 observations).

Les abcès rétrocaecaux se développent précisément à partir d'une infection appendiculaire d'emblée souspéritonéale si le caecum est accolé ou rapidement circonscrite si l'appendice est sousséreux ou libre dans la fossette rétrocaecale.

Ici le délai est nettement allongé ; nous avons déjà rapporté l'observation 170. En voici une autre :

Obs. 10 - M. C. 32 ans consulte le 10/11/56 pour une crise douloureuse iliaque droite datant de la veille au soir, sans vomissements, température 37°7. Vague sensibilité du Mac Burney. Une numération-formule est prescrite et l'on conseille l'intervention si la douleur persiste.

Le malade ne fait pas pratiquer l'examen demandé et n'est pas revu les jours suivants.

Il est revu le 21/12/56, soit 5 semaines plus tard. Il a fait une nouvelle crise douloureuse la veille au soir et le médecin traitant consulté a prescrit pénicilline-streptomycine et 2 gr d'auréomycine. Il présente ce jour une tuméfaction iliaque droite.

Intervention : Jalaguier. Tuméfaction rétro-caecale. Décollement caecocolique ouvrant un

abcès contenant un verre de pus et découvrant un appendice que l'on doit sculpter aux ciseaux. Lane par contrincision antibiotiques in situ. Suites simples hormis une petite suppuration pariétale. Sortie le 14e jour.

A noter que le pus prélevé pour antibiogramme s'est révélé être stérile : était-ce l'effet de la courte antibiothérapie préopératoire ?

Le délai préopératoire est encore plus important dans les abcès mésocœliaques :

- 2 opérés à la 48e h.
- 2 opérés le 3e jour
- 3 opérés le 4e jour
- 2 opérés le 5e jour
- 1 opéré le 7e jour
- 1 opéré le 8e jour

Quelques observations méritent d'être rapportées :

L'une posait le problème diagnostique entre une tumeur annexielle et un abcès appendiculaire :

Obs. 38 - Mme L. 27 ans - Chirurgien Dr Monod-Broca. "C'était au quatrième jour de la crise, une masse grosse comme un pamplemousse, très régulière, pas très douloureuse, immobile, bien limitée sous une paroi souple. La température oscillait entre 37°5 et 38°. Un médecin deux fois consulte avait successivement prescrit de la pénicilline puis de la streptomycine et du chloramphénicol. Les antécédents de "crise de foie", le ténésme vésical, les douleurs initiales à type de coliques iliaques droites, me firent faire le bon diagnostic et j'intervins par la ligne

médiane.

Je trouvais un abcès pré-iléal horriblement fétide, qui fut évacué (abcès à proteus).

L'appendice, malgré trois jours d'antibiotiques était gangréné, véritablement détruit. Je le retirai. Je mis une lame de caoutchouc et la fit ressortir par une contrincision.

Les suites furent simples et la malade sortit le 2^{le} jour!"

Obs. 43 - M.L. 68 ans - est vu 6 jours après le début de la crise. Il a d'abord présenté des douleurs abdominales vagues avec malaises. Le 4^e jour, les douleurs deviennent plus vives, la température est à 38°. Le cinquième jour son médecin lui prescrit de la tifomycine.

Il est vu le 6^e jour au soir, température 39°5, pas de vomissements, transit normal. Chez ce sujet obèse il existe une légère douleur abdominale droite et au toucher rectal accompagnée de quelques brûlures mictionnelles. Le ventre est souple, non météorisé. Diagnostic : abcès pelvien.

Jalaguier. On découvre un gros abcès rétro-iléal sur le promoteur dans le fond duquel se trouvent les vaisseaux, l'appendice et son méso gros comme le poing sont clivés au doigt. Lame ressortant par contrincision.

Suites simples - évacuation de gaz à la 12^e heure. Ablation de la lame le 8^e jour, importante suppuration de l'incision de Jalaguier.

Sur les 2 ABCES PELVIENS l'un était très volumineux :

Obs. 44 Mme L. 26 ans appendicite aiguë ayant débutée il y a 5 jours suivie par son médecin et traitée médicalement, adressée ce jour pour complication : température 38°7, douleurs et défense de la fosse iliaque droite. Arrêt du transit, pas de signes urinaires. TV impossible, TR très douloureux.

Intervention : Jalaguier. Gros abcès iléopelvien. Appendice géant, monstrueux d'excrèse difficile car collé au détroit supérieur et à la vessie. Une lame souscaecale sortant par contreincision plongeant dans la cavité de l'abcès, séparée de la grande cavité par le grand épiploon. Suites simples, sortie le 14e jour.

Nous avons déjà cité la mortalité : 3 cas sur 42, soit 7,1 %. Nous retrouvons comme morbidité dans le groupe des abcès :

- abcès de paroi 16
- éventrations 2
- occlusion post opératoire 1
- fistule caecale 1
- enfin une surinfection secondaire d'ascite.

Comme complications extraabdominales : 3 complications tromboemboliques.

- 2 phlébites (obs. 12, 119)
- 1 embolie tibiale postérieure gauche (obs. 46)

Traitement. Il convient d'insister en premier lieu sur le fait que, dans tous les cas d'abcès l'appendice fut recherché et enlevé dans sa totalité.

20 cas furent drainés :

- 1 abcès iliaque droit
- 1 abcès iliopelvien
- 3 abcès mésocaeliaques

- 15 abcès rétrocaecaux sur 18.

Il n'y eut aucun cas de récurrence d'abcès ou d'accident de rétention purulente nécessitant une réintervention.

On a pu remarquer que dans les observations cliniques nous n'avons jamais utilisé le terme de "plastron" et que dans les comptes rendus opératoires de ces appendicites pourtant toutes opérées d'emblée, nous n'avons jamais retrouvé les lésions qui étaient censées constituer ledit plastron : un soi-disant abcès en voie de constitution, mais non encore collecté.

MONDOR avait déjà longuement insisté sur les dangers d'un tel concept qui faisait croire "barrière efficace ce qui est couvercle léger". et où "l'erreur d'interprétation" avait pour sanction la constitution "d'un abcès hypertendu perforant les barrières" car même s'il y a "une coque large l'amende est du pus".

Ce terme doit donc être définitivement rayé du vocabulaire en matière d'appendicite. C'est l'existence d'un tableau clinique évoquant une appendicite aiguë qui fait poser l'indication opératoire quelque soit le délai écoulé depuis le début des troubles. La suspicion de l'abcès ne modifie en rien les règles de l'intervention d'urgence, bien au contraire.

On avait invoqué les risques que pourraient courir l'intestin grêle dans de telles formes caractérisées soi-disant par l'importance des adhérences. Signalons immédiatement que malgré la libération systématique du grêle que nous avons toujours pratiquée, nous n'avons jamais observé de fistule post-opératoire de celui-ci.

Il faut cependant remarquer que sur les 180 observations qui font l'objet de cette thèse

9 seulement ont été opérées au delà du 4e jour. Un volumineux "plastron" vu au-delà du 4e jour pourrait constituer une contre-indication opératoire. Il en est de même des formes tumorales, vues tard et qui se présentent comme des cancers du caecum.

LES FORMES BACTERIOLOGIQUES

Malgré l'importance que nous attachons à l'analyse bactériologique qui, seule, permet l'antibiogramme, nous n'avons pratiqué ou plus exactement, nous n'avons retrouvé les résultats que de 69 prélèvements.

5 fois ce prélèvement était sterile :

- 4 fois cette stérilité permettait d'affirmer une péritonite puriforme aseptique : obs. 23, 36, 49, 143.
- 1 fois le pus d'un abcès rétrocaecal était stérile, c'est le cas de l'observation 10 où le malade avait subi un "traitement médical" par antibiotiques pré-opératoire.

Comme nous l'avons déjà signalé, les cultures ont presque toujours été faites sur des milieux aérobies.

A) Association de germes :

- 50 fois un germe unique a été isolé,
- 12 fois 2 germes étaient associés,
- 4 fois trois germes.

B) 86 germes ont donc été isolés,

- 46 colibacilles, 53 %
- 16 entérocoques, soit 18 %
- 4 paracoli, 4,5 %

- 12 proteus, 14
- 8 staphylocoques, 9 ~

C) Les antibiogrammes n'ont pas toujours porté sur la totalité des germes quand ceux-ci étaient associés.

La sensibilité des germes aux antibiotiques a varié avec le temps et avec l'apparition de nouveaux antibiotiques.

Pour le colibacille, germe de loin le plus fréquent, la streptomycine premier antibiotique actif est devenue peu ou pas active, le chloramphénicol a garde le pus souvent une activité notable, fait curieux la colimycine est peu ou pas active.

Mais ajoutons qu'il s'agit là d'activités in vitro et qu'il n'existe pas toujours de parallélisme entre celles-ci et l'activité clinique.

T R A I T E M E N T

LE TRAITEMENT que nous avons appliqué à cette série d'appendicites aiguës graves repose sur un certain nombre de principes.

I. LE MOMENT DE L'INTERVENTION.

Nous sommes restés en général fidèles à la devise "toujours, tout de suite".

Le délai préopératoire :

- par rapport au début de la crise dépend essentiellement du caractère typique ou atypique de la symptomatologie - nous l'avons vu - le retard ici n'est pas de cause chirurgicale.
- par rapport au moment de l'hospitalisation, l'heure de l'intervention peut être retardée du fait des incertitudes diagnostiques, c'est à dire le temps de pratiquer les examens biologiques et radiologiques nécessaires.

Le diagnostic posé ou seulement suspecté, tous les malades ont été opérés sur le champ, à moins qu'ils n'aient présenté une atteinte sévère de l'état général (ce fut le cas essentiellement des formes occlusives du vieillard nécessitant une réanimation intensive mais de courte durée visant :

- à corriger les désordres hydro-électrolytiques,
- à assurer la vacuité des voies digestives supérieures par l'aspiration duodénale, con-

- dition indispensable à la sécurité de l'anesthésie générale,
- à pallier, au moins relativement, à des lésions viscérales antérieures (atteintes cardiovasculaires diabète).

II. LA VOIE D'ABORD.

Une voie d'abord LARGE, ou facile à ELARGIR est nécessaire.

1) la voie médiane a été utilisée une vingtaine de fois :

- soit parce que l'étiologie de la péritonite restait incertaine, la médiane seule permettant une exploration complète dans ces cas,
- soit à l'opposé parce que le diagnostic d'appendicite mésocaecale avait été posé avec suffisamment de certitude, l'incision médiane devenant alors la voie de choix.

La voie médiane ne peut toutefois pas être proposée comme voie standard dans appendicites graves :

- car bien souvent elle est inutile, comme nous le verrons,
- elle rend l'appendicectomie mal aisée si l'appendice est rétrocaecal .

2) La voie classique dite de Mac Burnay nous paraît préférable. Incision cutanée oblique et dissociation musculaire habituelle permettant dans un premier temps d'apprécier les difficultés de l'appendicectomie.

- La voie d'abord paraît-elle insuffisante, il ne faut jamais hésiter à la transformer en
- incision oblique du flanc droit, plus ou moins longue à la demande. On reproche à cette voie

de comporter une section musculaire et d'augmenter de ce fait les risques d'éventration voire d'éviscération. L'abandon du drainage par la voie d'abord, le recours à une contrainction nous paraissent en partie répondre à ces objections.

L'incision cutanée horizontale de la fosse iliaque droite comporte des avantages esthétiques indéniables. Mais elle devient incommode et perd précisément son élégance en cas de nécessité d'agrandissement. Si nous l'employons personnellement dans les appendicectomies à froid, elle nous paraît devoir être abandonnée devant toute appendicite grave.

Quant à la voie de Jalaguier prônée pour ses facilités d'agrandissement et la commodité de l'exploration, elle nous paraît illogique au cours d'une péritonite du fait des risques d'ensemencement septique que comporte l'ouverture de la gaine du droit. Sa seule indication reste - à notre avis - l'incertitude diagnostique entre une appendicite aigue sous-hépatique et une cholécystite aigue.

3) La PROTECTION de la paroi ou, plus exactement, du tissu cellulaire sous-cutané est une précaution indispensable pour limiter les risques d'infection post-opératoire. Elle est réalisée par des champs qui évitent parfaitement le contact direct de l'appendice infectée mais n'empêche pas les germes des liquides septiques de s'infiltrer dans les plans pariétaux. Seuls des champs en caoutchouc ou en matière plastique devraient être utilisés dans ce but.

III. Seule une voie d'abord large permettra de pratiquer UNE CHIRURGIE COMPLETE ET REGLEE dont les temps successifs seront :

- le prélèvement de pus,
- l'ablation complète de l'appendice
- Une hémostase rigoureuse,
- La vérification du grêle,
- la toilette péritonéale,
- Le drainage éventuel,

1) Le prélèvement de pus - mérite d'être cité en premier car il est trop souvent négligé. Ce geste devenu routinier devant toute collection des parties molles ne l'est plus quand c'est du péritoine que le pus fait issue!

Le mode de prélèvement, malgré sa banalité, vaut que l'on s'y attarde.

C'est dès l'ouverture du péritoine qu'il doit être pratiqué. En effet, c'est dans la fosse iliaque droite que l'épanchement est le plus facile à prélever, ce n'est que là qu'il existe avant la diffusion. Il arrive qu'ayant négligé de le faire à ce moment là, il ne soit plus possible par la suite. Il faut donc être "prêt". Avant le début de l'incision, il convient de demander - devant toute appendicite grave - une seringue. Il nous semble même que toute boîte d'instruments dite d'appendicite devrait comporter une cuillère à café, si commode pour ce genre de prélèvement.

Il peut être nécessaire de pratiquer plusieurs prélèvements, l'un sur le pus de l'abcès, l'autre sur l'épanchement de la grande cavité par exemple, autant de prélèvements que de foyers.

Quand le prélèvement s'est avéré impossible, l'appendice conservé stérilement au cours de l'intervention, permettra, quoique moins électivement, les recherches bactériologiques.

Pourquoi un tel acharnement dans le dépistage

du germe ? C'est que son identification et surtout l'antibiogramme que permet cet isolement nous paraît être un élément de sécurité indispensable pour les suites opératoires.

2) L'ablation complète de l'appendice devrait toujours être possible grâce à une voie large. Habituellement facile, cette exérèse devient malaisée en cas de sphacèle qui rompt l'appendice en deux ou plusieurs fragments.

Dans les observations ici rapportées l'appendice a toujours été enlevé en entier. N'oublions pas qu'une voie d'abord étroite a pu conduire à une appendicectomie incomplète dont le danger n'est pas discuté.

Nous ne voudrions pas réouvrir le débat enfouisseur - non enfouisseur, aussi nous contenterons-nous de dire que nous n'enfouissons pas.

Un problème toutefois se pose quand la gangrène s'étend au-delà de la base de l'appendice et empiète sur le caecum, ce qui a été le cas 3 fois. Il convient alors de réséquer le caecum en tissu sain et de faire une suture de la brèche ainsi créée par des points séparés extra-muqueux de fils non résorbables.

3) La rigueur de l'hémostase est la conséquence elle aussi de l'aisance que donne la voie d'abord. Celle-ci permet une chirurgie "normale", à la vue sur un méso-appendice bien exposé qui sera lié en une ou plusieurs fois. La mèche au voisinage du caecum avait pour principale indication une hémostase imparfaite ou paraissant peu sûre. Rendre l'hémostase parfaite c'est supprimer le méchage.

Aucune des appendicites rapportées n'a été drainée par "sécurité hémostatique".

4) La vérification du grêle ne saurait être omise parce qu'il s'agit d'une appendicite grave.

La fréquence du diverticule de Meckel reste la même et son exérèse ne complique en rien l'intervention (nous ne avons un cas) tendant au contraire vers une chirurgie complète en un temps.

On reproche à cette vérification du grêle les risques de diffusion septique à la grande cavité d'une infection encore limitée à la fosse iliaque droite. La toilette péritonéale soigneuse, exposée ci-après, devrait lever cette objection.

Il nous paraît en outre que le fait qu'il s'agisse d'une appendicite grave comporte des arguments supplémentaires en faveur de cette vérification :

- il n'est pas rare de découvrir des adhérences fibrineuses entre les anses grêles elles-mêmes ou entre une anse grêle et le péritoine, soit au voisinage du foyer soit même à distance.
- dans le cas particulier des appendices rétro-iléaux il arrive que ceux-ci soient enchaînés dans la paroi iléale en regard. L'appendice ayant le plus souvent été libéré au doigt, cette niche passerait inaperçue en l'absence de vérification du grêle et sa péritonisation ne serait pas assurée.

Supprimer des causes d'occlusion qui préexistaient à l'intervention, prévenir les risques d'adhérences post-operatoires tels sont les avantages, non négligeables de cette vérification systématique du grêle.

C'est dans le même esprit que nous terminons cette vérification par un "rangement" régulier des anses intestinales.

5) LA TOILETTE PERITONEALE. C'est avec l'appendicectomie (suppression de la cause de l'infection) l'acte le plus important de la lutte anti-infectieuse (puisqu'il supprime les conséquences de l'infection).

Découvert il y a plus de 50 ans, Arnaud y insistait déjà en 1911 nous l'avons vu, le nettoyage péritonéal tomba ensuite dans l'oubli on l'accusait même de propager une infection jusque là limitée.

Pour être efficace, cette toilette nécessite - dès que l'épanchement abdominal est tant soit peu abondant - l'usage de l'aspirateur à vide qui assèche le péritoine et poursuit les liquides septiques dans les différents replis de celui-ci, et notamment dans le Douglas.

Cette évacuation aussi complète que possible suffisante en cas d'épanchement bien liquide ne l'est plus quand celui-ci s'épaissit. Il faut alors pratiquer des lavages au sérum tiède qui sera ensuite réaspiré et recommencer cette manoeuvre jusqu'à ce que le liquide de lavage revienne parfaitement clair.

Nous avons l'habitude de terminer cette toilette par une aspersion avec de faibles quantités d'éther.

Nous n'avons guère parlé de tampons ou de compresses montées. Si une telle manoeuvre nous paraît suffisante dans une appendicite banale pour épancher le sang accumulé dans la gouttière caeco-pariétale, elle nous paraît insuffisante en cas d'épanchement abondant et surtout

traumatisante pour la séreuse de l'intestin grêle.

Que dire des antibiotiques in situ, sinon rapporter notre évolution ?

Nous en mettions tout d'abord, mais :

- liquides: ils sont rapidement évacués par le drainage quand il en existe un ou de toute façon encore plus rapidement résorbés par le péritoine.
- solides: ou bien ils se dissolvent rapidement et l'on est ramené au cas précédent, ou bien ils constituent un corps étranger source possible d'adhérences.

Nous n'en mettons plus.

Faisant confiance à la toilette et aux capacités de défense propre du péritoine pour ce qui est de l'infection locale, aux antibiotiques par voie générale pour ce qui est de la lutte contre une éventuelle dissémination.

6) DRAINAGE -

Nous avons déjà défini :

- son but : drainer le tissu cellulaire sous péritonéal infecté ou ouvert à l'infection
- son agent : la lame de caoutchouc ondulée ou le drain de Penrose qui nous paraissent le meilleur matériel, le moins dangereux pour le caecum, le plus efficace à condition d'une mobilisation précoce dans les suites opératoires.

Reste à préciser quelques points de technique.

L'orifice de sortie sera une contreincision du flanc droit : susiliaque voire lombaire

(d'où la nécessité d'avoir bien désinfecté le flanc à l'alcool iodé). Le siège exact de cet orifice sera déterminé par la position du tissu cellulaire à drainer c'est-à-dire du décollement caecal pour que le trajet de la lame soit direct, au plus court, sans couture cet orifice enfin sera suffisamment large pour ne pas étrangler la lame.

La longueur de la lame sera elle aussi fonction du siège exact de l'espace que l'on veut drainer : courte si celui-ci est rétrocaecal, plus longue s'il est rétro-iléal. En cas d'abcès pelvien, une règle formelle la lame ne croisera jamais les vaisseaux iliaques.

La fermeture pariétale n'a rien de particulier si ce n'est que nous utilisons du fil non résorbable toutes les fois qu'une section musculaire a été pratiquée.

IV. LES SOINS POST-OPERATOIRES.

1) Toute appendicite aigue grave est justiciable d'un traitement antibiotique. Nous avons l'habitude de prescrire l'association pénicilline-colimycine.

Ce n'est pas la plus active in vitro, nous l'avons vu, mais elle est souvent efficace cliniquement témoignant par là d'une discordance avec l'examen in vitro. Nous savons que nombre d'appendicites ont autrefois guéri sans un tel traitement mais nous ne pensons pas que l'on ait aujourd'hui le droit de s'en passer, sauf en cas d'insuffisance rénale où la colimycine peut être dangereuse.

L'antibiotique le plus actif est sans conteste la tifomycine mais nous sommes réticents, vu les risques sanguins de ce produit à l'em-

plojer de façon systématique. Mais si les suites sont quelque peu perturbées et que l'antibiogramme apporte la preuve de son activité, nous pensons sa prescription alors justifiée.

2) Une appendicite aiguë banale ne nécessite aucune réanimation hydro-électrolytique. Il n'en va pas de même dans les appendicites graves. Nous verrons la fréquence relative des subocclusions. Aussi, pensons-nous que dans les formes opérées tard chez des sujets déjà déséquilibrés, dans les formes à manifestations occlusives, dans les formes où il existe une atteinte du grêle, il est judicieux de pratiquer une telle réanimation post-opératoire. Elle ne peut que hâter la reprise du transit. Celle-ci viendrait-elle à tarder; la réanimation sera poursuivie évitant ainsi ces rééquilibrations secondaires devant rattraper un retard.

3) Dans ces mêmes formes il faudra instaurer à temps une aspiration digestive, avant l'apparition de signes patents d'occlusion. Chez un malade réanimé, elle ne risque pas d'induire un déséquilibre. Assurant la vacuité du tube digestif, elle ne peut que favoriser elle aussi la reprise du transit.

4) Reste le problème de la lame. Pour être efficace, elle doit être mobilisée dès le lendemain de l'intervention mais il faut savoir la laisser en place suffisamment longtemps. On commence à la raccourcir le troisième jour pour l'enlever le cinquième, sixième.

Voilà les principes qui nous ont guidés. Quel en a été le résultat ?

R E S U L T A T S

MORTALITE

MORBIDITE

MORTALITE

Nous avons déploré 7 décès dans la série homogène de malades traités selon les principes précédemment exposés, soit 3,3 %.

Voici le résumé de ces observations :

PERITONITES PAR PERFORATION

Obs 98 Mme M. 47 ans est opéré à la huitième heure d'une péritonite par perforation d'un appendice gangréneux en position normale. Ectomie. Toilette péritonéale. Fermeture sans drainage. Un colibacille est isolé dans le pus intrapéritonéal. Les suites sont des plus simples. La malade meurt brutalement dans l'ambulance qui la ramenait chez elle. Chez cette malade qui présentait des antécédents d'angor les diagnostics d'embolie pulmonaire ou d'infarctus du myocarde peuvent être évoqués comme cause du décès.

Obs 129 Mme P. 78 ans est opérée à la quarante huitième heure d'une péritonite par perforation d'une plaque de sphacèle sur la base de l'appendice. Toilette, drainage mais dérogation aux règles précédemment exposées la lame de caoutchouc ondulée est placée dans la gouttière pariéto coléique. Décès survenu le 2^e jour dans un tableau de défaillance cardiaque avec encombrement bronchite. Fait important la numération-formu-

le de cette malade montrait 55.000 globules blancs dont 80 de lymphocytes. Le diagnostic de leucose lymphoïde paraît donc vraisemblable chez cette malade mais il n'a malheureusement pas pu être confirmé, en particulier par une ponction sternale.

PERITONITES AVEC ABCES.

Obs 180 Mme X. 64 ans Obèse diabétique non soignée (glycémie à 7 gr. le jour de son entrée à l'hôpital) nous est transférée du Service de médecine où elle avait été d'abord hospitalisée avec le diagnostic de fièvre thyphoïde étant donnée la gravité de son état : tableau associant un syndrome infectieux sévère, un météorisme abdominal avec diarrhée et vomissements, des douleurs abdominales généralisées. Elle est opérée le 9^e jour après le début de ses troubles. Elle présente une péritonite généralisée par rupture d'abcès mésocolique. Appendicectomie. Toilette, fermeture sans drainage.

Pas de "réveil anesthésique". Décès quelques heures plus tard comateuse et hyperthermique.

Obs 128 Mr. G. 66 ans est opéré le 5^e jour dans un tableau de péritonite généralisée. Il présente un abondant épanchement purulent intrapéritonéal par perforation d'un abcès appendiculaire. Ectomie. Drainage par une lame ressortant par contreincision lombaire. Les suites sont simples du point de vue abdominal mais apparaît une défaillance cardiaque progressive entraînant la mort le 5^e jour par oedème aigu pulmonaire.

ABCES APPENDICULAIRE

Obs 125 Mme F. 75 ans dit présenter depuis la veille de violentes douleurs abdominales à

type de coliques avec vomissements température 38°2. Tableau d'occlusion : énorme ballonnement abdominal assymétrique prédominant à gauche. Radio : énorme anse colique avec grand niveau liquide, quelques petits niveaux liquides sur le grêle.

Diagnostic préopératoire : volvulus du colon pelvien.

Intervention : volumineux abcès appendiculaire mésocoliaque appendicectomie. Toilette. Un drain de Redon est mis dans la cavité de l'abcès (le pus s'avèrera stérile à l'examen bactériologique.

Pas de reprise spontanée de la respiration. Décès à l'extubation, après 1 heure et demie de respiration assistée.

Antécédents : cette malade avait fait de nombreux séjours en médecine pour des poussées hypertensives, des ulcères variqueux, enfin pour une insuffisance cardiaque.

Obs 126 Mr. M. 46 ans présente depuis 5 jours des douleurs de la fosse iliaque droite avec signes fonctionnels de cystite. A l'examen douleurs vives de la fosse iliaque droite où l'on perçoit une tuméfaction bien limitée en haut et en dedans.

Intervention : découverte d'un abcès iliaque sur appendice gangrène à colibacilles. Pas de pus dans la grande cavité. Ablation de l'appendice. Drain de Redon dans l'angle iléo-coecal sortant par contreincision.

12 h. après l'intervention collapsus brutal. L'E.E.G. montre un axe droit un bloc de branche droit et des P pointus. On évoque le diagnostic de thrombose de l'artère pulmonaire. Après échec du traitement médical thoracotomie à la 16è h. du collapsus. Pas de caillot dans l'artère pulmonaire. La cause du collapsus n'ayant été découverte on décide de faire une boutonnière abdominale (infarctus mésentérique ?) on découvre une péritonite généralisée par perforation de 2 ulcères juxta-

pyloriques. Suture toilette fermeture sans drainage.

Malade non extubé, décédant 10 h. après la fin de l'intervention.

Antécédents : - emphysème et bronchites chroniques

- aucun antécédent digestif.

Obs 147 Mme. G. 81 ans présente depuis 5 jours un état occlusif fébrile ayant succédé à l'épisode diarrhéique. Elle présente une cicatrice de médiane sous-ombilicale d'hystérectomie, une masse douloureuse du flanc droit, la radio montre de nombreux niveaux liquides sur le grêle.

Intervention : médiane sous-ombilicale. Abcès iliaque droit sur perforation appendiculaire. Pas de pus dans la grande cavité Péritonisation d'une anse grêle qui formait paroi de l'abcès.

Fermeture sans drainage.

Apparition d'une dyspnée asthmatiforme postopératoire. Le 3^e jour collapsus brutal mortel.

Vérification : 100 centimètres cubes de sérosité louche intra-péritoneale, 10 à 15 cm³ de pus derrière la dernière anse iléale. Le noeud du moignon appendiculaire est en place. Grêle : RAS.

Conclusion -Dr Monod-Broca- : "reconstitution d'une petite collection qui aurait peut être été évitée par un drainage rétro-coecal".

3 interventions sans drainage : 1 péritonite obs. 98 : 1 péritonite par rupture de l'abcès obs. 180 : 1 abcès iliaque droit Obs. 125.

2 drainées par une lame : 1 péritonite par perforation d'abcès appendiculaire et une péritonite par perforation Obs. 129

2 drainage par Redon : 1 abcès mesocoeliaque
Obs 125 et 1 abcès iliaque droit Obs 126.

3 de ces cas n'ont pas été drainés selon les règles que nous avons proposées puisque nous trouvons 2 Redon et 1 lame pariéto-colique (et non rétrocoecale) mais ces variantes techniques mineures ne sont en rien responsables des décès.

Une vérification anatomique nous a révélé que nous avons eu tort de ne pas drainer un abcès iliaque droit Obs 148. Nous ignorons quel aurait été le devenir de cette discrète rétention purulente mais elle n'est pas elle-même responsable du décès.

Le fait est donc bien établi que dans les 7 décès soit l'absence de drainage dans certains cas, soit le drainage sous-péritonéal dans les autres ne sont pas la cause de l'évolution fatale.

Il nous paraît inopportun de se battre à coup de statistiques en matière d'appendicite aiguë. L'étude historique nous a fait découvrir qu'à une époque donnée la mortalité était grosso modo la même pour des séries comparables. Nous en voyons une preuve supplémentaire dans le fait qu'à la séance de l'Académie de Chirurgie du 22 Avril 1964 où Mr. J.L. Brennier prônait une technique de drainage pour le moins très différente de celle de notre maître le Dr. Monod-Broca, il apportait un pourcentage de décès de 3,2 %.

L'analyse de ces observations permet en outre de noter :

- l'âge de 5 des décédés sur 7 (64 ans, 66ans, 75 ans, 78 ans, 81 ans)
- 4 fois un délai préopératoire important (intervention le 5^e jour 3 fois et une fois

le 9è jour)

- Enfin, 5 fois des tares organiques ou biologiques antérieures :
 - . antécédents d'angor Obs. 98
 - . leucose lymphoïde Obs. 129
 - . antécédent d'hypertension artérielle décomposée Obs. 125
 - . infection bronchique chronique Obs. 126
 - . diabète non traité Obs. 180

tares qui ne

peuvent que diminuer la résistance de ces opérés.

Voilà bien mis en évidence les facteurs de gravité :

- l'âge
- un délai préopératoire prolongé
- des tares organiques

La règle de l'intervention dans les 48 premières heures trouve ici une vérification éclatante. Sur 92 opérés (dans ce délai) il n'y a que 3 décès dont aucun n'est réellement imputable à l'infection appendiculaire puisque l'infarctus du myocarde, l'état cardiovasculaire et l'âge paraissent responsables de ces décès. En fait les principales causes de décès de l'appendicite aujourd'hui sont le retard apporté à l'opération et les lésions associées qui se multiplient avec l'âge.

En aucun cas des complications infectieuses aussi bien générales (septicémies) que locales (récidives ou abcès résiduels) n'ont entraîné d'évolution fatale.

La méthode de drainage que nous avons proposée n'est donc pas responsable de décès, l'est-elle de complications post-opératoires graves ?

LES COMPLICATIONS POST OPERATOIRES

I) PARIETALES

A - Nous avons observé 37 ABCES DE PAROI
SOIT : 20 %

- 3 au cours d'appendicites gangréneuses
3/57 5%
- 18 au cours de péritonites 18/81 22 %
- 16 au cours d'abcès 16/42 38 %

C'est la complication de loin la plus fréquente. Elle touche l'opéré sur 5. Elle croit avec la septicité du contenu abdominal modérée dans les appendicites gangréneuses où il est facile de bien protéger la paroi, elle augmente dans les péritonites et surtout dans les abcès où la protection pariétale est beaucoup plus difficile à réaliser.

Elle allonge l'hospitalisation qui est en moyenne de 15 jours dans les formes bénignes, de 21 jours dans les formes sévères où les malades sont souvent sortis avant la cicatrisation complète.

C'est l'importance de ce risque septique qui nous fait déconseiller la voie de Jalaguier qui ouvre la gaine du Droit à l'infection puis l'y enferme.

Nous avons observé 3 abcès de cette gaine sur la dizaine de Jalaguier pratiqués. En voici un exemple :

- Obs 5-B. 13 ans est opéré à la 48è heure, d'un syndrome péritonéal. Jalaguier. Appendice mesocœliaque à pointe gangrénée et perforée mais heureusement encapuchonnée d'épiploon.

Sortie apyrétique le 7è jour après des suites simples.

Réadmis 5 jours plus tard pour une induration fébrile para-médiane droite. Incision,

après collection, 8 jours plus tard d'un gros abcès de la gaine du grand droit droit. Suite simple (2^e hospitalisation ayant duré 15 jours).

Nous n'avons jamais drainé le tissu cellulaire sous-cutané qui partage avec le tissu cellulaire sous-péritonéal les mêmes faiblesses en matière de défense contre l'infection. Nous n'avons jamais laissé la peau ouverte.

Peut-on prévenir autrement qu'en améliorant la protection péroopératoire de la paroi, ces infections qui nous paraissent encore trop nombreuses ?

Dans les cas simples c'est-à-dire sans grandes incisions, ni débridement musculaire la fermeture primitive complète nous paraît à conseiller. La surveillance postopératoire attentive de l'incision permettra de découvrir précocement une éventuelle suppuration et de la débrider à temps en enlevant la ou les agrafes nécessaires. Les autres opérés - et c'est la majorité guériront simplement en 8 jours.

Dans les cas très septiques (abcès) ou ayant nécessité un débridement musculaire important il semble - à la lumière des chiffres précédents - qu'il serait préférable :

- soit de fermer lâchement la peau par un ou deux points
- soit mieux de drainer le tissu cellulaire sous-cutané par une mince lame.

B - Les suppurations pariétales sévères restent en effet la grande cause des EVEN-TRATIONS.

Celles-ci sont favorisées par un drainage traversant la voie d'abord. Nous en avons observé 2 :

- l'une provoquée par un Mikulicz
- l'autre par une lame ressortant par Mac Burney et c'est une des raisons qui nous a fait proscrire le drainage par une telle voie.

Mais nous avons depuis observé 4 éventrations sur des incisions complètement suturees d'emblée.

Obs 24 Mme H. 22 ans est opérée au 8è jour de sa crise. Découverte d'un appendice rétro-coecal abcédé, remontant très haut ce qui nécessite un débridement. Lame rétrocoecale sortant par contreincision. Suite simple (quoique subfébrile à la sortie) Revue 4 mois plus tard avec une éventration.

Obs 34 Mr. K. 62 ans est opéré 5 heures après le début brutal d'une péritonite par perforation de la base de l'appendice. Pus à colibacilles dans la grande qualité. Fermeture sans drainage. Abcès de paroi. Sorti le 27è jour.
Revu 8 mois plus tard porteur d'une éventration.

Obs 37 Déjà rapportée précédemment cf. page 71.

Obs 53 Mr. N. 59 ans. opéré 48 heures après le début de sa crise. Coecum accole nécessitant un agrandissement. Extériorisation d'un appendice perforé. Fermeture sans drainage. Gros abcès de paroi. Eventration postopératoire opéré un an plus tard.

Nous voyons dans ces 4 cas s'associer et un débridement pariétal et une infection postopératoire.

Une meilleure prévention des accidents septiques pariétaux permettrait sans doute de limiter le nombre des éventrations ; mais de tels accidents peuvent-ils être complètement sup-

primes ? Nous ne le pensons pas. Ajoutons que tous les malades n'ont pas été revus et qu'il existe peut être d'autres éventrations qui nous sont restées méconnues.

C. Enfin 3 HÉMATOMES pariétaux non suppurés.

Complications qu'une technique rigoureuse devrait prévenir, sauf peut être sur certains terrains.

II. LES ABCES ABDOMINAUX.

1) Nous avons observé UN ABCES SOUS-PHRENIQUE au décours d'une reintervention nous y reviendrons.

2) Absès rétrocaecal :
Plus que d'un absès il s'agit d'une rétention purulente modérée dans une logette rétrocaecale qui contenait un absès horriblement fétide et dont la lame a été enlevée trop précocement. Evacuation simple à la pince par la contre incision.

3) LES ABCES DU DOUGLAS SONT AU NOMBRE DE 2 :
- Obs. 101 cf. page 72.
- obs. 179 cf. page 70.
qui ont déjà été rapportées et analysées.
Nous avons vu que l'absès du Douglas dans ces 2 cas était à mettre sur le compte non d'absence de drainage de ce cul-de-sac mais d'une toilette péritoneale vraisemblablement insuffisante.

De toute façon quelque soit le mode de drainage utilisé il existe un certain pourcentage d'absès du Douglas et le notre 2 cas sur 180 soit 1,1 % nous paraît trop faible pour qu'il puisse faire remettre en question nos indications en matière de drainage.

III. LES OCCLUSIONS POSTOPERATOIRES PRECOCES sont au nombre de 15.

Elles ont été observées :

- 0 fois dans les suites des appendicites gangréneuses
- 3 fois au decours de péritonite sans perforation
- 8 fois quand il y avait une perforation
- 3 fois quand un abcès coexistait avec la péritonite
- 1 fois enfin au decours d'un abcès.

C'est donc dans les suites des péritonites que cet accident s'avère le plus frequent.

Nous appellerons occlusion postopératoire précoce tout arrêt du transit ou retard de la reprise de ce transit.

En voici les observations :

Obs. 2 M. B. 30 ans. Péritonite par perforation d'un appendice mésocolique gangréné. Lame par contre incision. Le 3e jour pas de reprise du transit, météorisme. Aspiration digestive pendant 3 jours jusqu'à la reprise du transit. Le 9e jour ascension thermique à 39°. Le 10e douleurs abdominales en coup de poignard, météorisme, temperature à 40° font craindre une complication intrapéritonéale mais la dyspnée et la douleur thoracique évoque une embolie pulmonaire que viendra confirmer un crachat hémoptoïque et font instaurer un traitement anticoagulant qui entraîne une amélioration progressive sans que les antibiotiques aient été modifiés. Sortie le 34e jour.

Obs. 26 L'enfant H. 13 ans est opéré d'un abcès rétrocoecal fermeture sans drainage. Re-

tard de rétablissement du transit avec météorisme jusqu'au 5e jour. Pas d'aspiration digestive. Etat subfébrile trainant jusqu'au 13e jour sans complication pariétale. Sortie le 15e jour.

Obs. 29 M. K. 43 ans peritonite généralisée par appendicite mésocoeliale. Fermeture sans drainage. Le transit se rétabli le 3e jour pour s'interrompre le 5e. Aspiration duodénale et réanimation hydro-électrolytique jusqu'au 12e jour. Température en plateau aux alentours de 38° jusqu'au 21e jour. Sort apyrétique le 24e jour.

Obs. 35 M. L. 18 ans péritonite par appendicite gangreneuse sur gros calculs stercoraux. Pas de rétablissement du transit. Aspiration pendant 3 jours, réanimation jusqu'au 8e jour, reprise du transit le 9e. A noter un clocher fébrile à 39°6 le 4e jour defervescence progressive puis état subfébrile jusqu'au 24e jour. Sortie le 26e.

Obs. 41 Mme L. 75 ans est opérée le 3e jour d'un abcès mésocoeliale sur perforation appendiculaire. Retard de rétablissement de transit pas d'aspiration mais réanimation du 3e au 5e jour. Etat subfébrile trainant. Sort le 24e jour apyrétique.

Obs. 54 M.M. 56 ans opéré à la 48 heure d'une péritonite généralisée sur appendice mésocœliaque détaché du caecum. Suture du caecum. Fermeture sans drainage. Retard de rétablissement du transit. Aspiration duodénale du 3e au 5e jour. Point de côté thoracique le 7e jour traitement anticoagulant. Sortie le 21e jour.

Obs. 58 M. R. 21 ans est opéré à la 24e heure d'une peritonite par perforation d'un appendice mésocoeliale. Etat subocclusif fébrile

cédant en quelques jours à la TIFOMYCINE prescrite dès le résultat de l'antibiogramme. Sort le 9e jour.

Obs. 70 M. X. Opéré à la 24e heure d'une péritonite par perforation d'appendice mésocolique retard du retablisement du transit. Aspiration duodenal 48 heures. Sortie le 8e jour.

Obs. 77. a déjà été rapportée, Cf. page 47.

Obs. 97 M.M. 50 ans est opéré à la 15e heure d'une péritonite généralisée par perforation d'un appendice gangréné. Fermeture sans drainage. Le transit ne se rétablit pas, ce qui nécessite 5 jours d'aspiration duodénale et de réanimation. Etat subfébrile puis suite simple.

Obs. 101 c'est celle d'un abcès du Douglas déjà analysée, cf. p.72 .

Obs. 107 Mme D. 49 est opérée à la 12e heure. d'une péritonite par perforation d'un appendice gangréné. Aspiration duodénale le 3e et 4e jour. Sortie le 8e jour.

Obs. 135 M. D. Péritonite par rupture d'abcès mésocolique déjà rapportée, cf. p.73.

Obs. 137 Mme L. 51 ans, opérée à la 48e heure d'une péritonite avec appendice pelvien gangréné. Aspiration duodénale le 2e et 3e jour. Reprise du transit le 4e. Etat fébrile cédant à l'évacuation de l'abcès pariétal le 6e jour. Sort le 23e jour non cicatrisée.

Obs. 144 M. G. 43 ans est opéré le 3e jour d'un abcès périappendiculaire sur appendice en position normale. Aspiration duodénale le 3e et 4e jour puis reprise du transit. Abcès

de paroi. Sortie le 28e jour cicatrisée.

Obs. 179 enfant W. Abscès du Douglas déjà rapporté. Cf. p. 70.

Nous n'avons jamais observé d'occlusion mécanique c'est-à-dire d'occlusion ayant nécessité une réintervention par voie abdominale.

Les occlusions décrites ci-dessus paraissent de 2 types:

- Les unes de courte durée (2 jours- 3 jours) simple retard de la reprise du transit, ne nécessitant pas toujours une aspiration digestive, apparaissent banales.
- les autres sont : soit un retard prolongé de cette reprise, soit un arrêt secondaire nécessitant 6 à 8 jours d'aspiration, s'accompagnant d'un état fébrile puis subfébrile ne disparaissant que très progressivement.

Elles sont en tous points comparables aux deux observations d'abcès du Douglas à cette différence que dans ces deux cas un abcès a été perçu, s'est collecté et que son évacuation a entraîné la guérison.

Il s'agit dans les autres cas ayant cédé au seul traitement médical d'occlusions inflammatoires, dites encore occlusions mixtes dans lesquelles l'infection péritonéale n'est pas allée jusqu'à la formation d'abcès cliniquement perceptible et que les antibiotiques et l'aspiration ont permis de guérir (encore que 3 ou 4 fois il nous a paru qu'il s'agissait vraisemblablement de discrètes suppurations mésocoliques résolutives).

Certes, de telles formes étaient susceptibles de guérir avant l'antibiothérapie, mais

celle-ci constitue un progrès dont il serait coupable de vouloir se passer et nous avons vu l'importance que nous attachions à l'isolement du germe. Ce souci trouve ici sa raison.

Les trois observations suivantes en sont une preuve supplémentaire :

Obs. 7 M. C. 18 ans opéré à la 18e heure d'une péritonite généralisée (colibacilles et antérocoques) par appendicite gangréneuse. Antibiothérapie de principe : pénistrepto. Persistance de l'état fébrile. Dès le résultat de l'antibiogramme administration de tifomycine. Apyrexie en 24 heures. Sortie le 10e jour.

Obs. 63 Mme V. 19 ans est opérée à la 48e heure d'un abcès rétrocaecal par perforation appendiculaire. Drainage par contre incision. Suppuration pariétale au niveau de l'incision et de la contre incision. Malgré le débridement état fébrile persistant aux alentours de 38° puis de 39° avec pouls oscillant faisant craindre un abcès sous-phrénique ou périnephrétique. Administration de tifomycine, chute thermique en 48 heures. Sort guérie le 24e jour.

Obs. 66 - Mme W. en crise depuis 48 heures. Pas de défense mais psoïtis très important. Appendice rétrocaecal sous séreux perforé avec abcès interappendiculocaecal. Fermeture sans drainage. Le pus contenait des colibacilles. Etat subfébrile cédant 24 heures après la prescription de tifomycine faite dès réception de l'antibiogramme.

Si les antibiotiques constituent donc avec les techniques de réanimation actuelles un traitement d'appoint de grand secours, nous ne pouvons pas dissimuler que la surveillance de

ces ileus inflammatoires post-appendicectomies est source d'angoisse. La possibilité d'une complication mécanique nécessitant une réintervention d'urgence et dont on craint de laisser passer l'heure est toujours présente à l'esprit

Nous n'en n'avons jamais observée.

IV. LES OCCLUSIONS POSTOPERATOIRES MECANIQUES TARDIVES.

Il nous a été possible d'en suivre une :

Obs. 41 M. L. 75 ans présente depuis 48 heures des douleurs abdominales mal localisées avec vomissements et température à 38°. Pas de défense, mais douleurs paraombilicales droites. Du fait de l'existence d'antécédents de lithiase vésiculaire, authentifiée par des radiographies, on décide de temporiser. Le lendemain, la persistance du même état avec selles diarrhiques fait intervenir.

Appendice mesocaeliaque perforé au centre d'un abcès horriblement fétide. En vérifiant le grêle, on constate qu'une anse située à 80 cm du caecum et qui formait le couvercle de l'abcès mésocaeliaque est très altérée, violacée, cartonnée. Après novocaïnisation on décide de la réintégrer. Fermeture sans drainage. Le pus contenait des entérocoques et des staphylocoques.

Ileus paralytique les 3e, 4e et 5e jours cédant à la seule reanimation hydro-électrolytique. Sortie le 24e jour.

5 mois plus tard, il est opéré d'une occlusion intestinale aigue, l'intervention découvre une bride iléocaecale étranglant une des dernières anses grêles, qui se perfore lors de l'extériorisation. Résection suture.

suites simples.

Il ne fait pas de doute que la bride avait pour cause les lésions constatées sur une des dernières anses iléales lors de la première intervention.

Ce qui nous paraît important - et nous y avons déjà insisté dans le chapitre technique - c'est la prévention de ces occlusions.

- inflammatoires par la perfection de la toilette péritonéale
- mécaniques par la suppression de toutes les causes d'adhérences.

V. UNE FISTULE CAECALE a été observée :

Obs. 130 - M.G. 70 ans est opéré plusieurs jours après la crise aiguë d'un volumineux abcès rétrocaecal. Lame par contre incision lombaire.

Fistule caecale le 7e jour qui se ferme spontanément en quelques jours. Sorti cicatrisé le 26e jour.

Une fistule caecale sur 180 appendicites graves comportant 3 sutures du caecum nous paraît être un chiffre particulièrement bas.

VI. Une surinfection d'ascite :

Obs. 141 - Mme F. 60 ans présente depuis 48 heures des douleurs de la fosse iliaque droite avec arrêt des gaz. Elle est hospitalisée en médecine pour suspicion d'infarctus abdominal. Nous la voyons le 4e jour : température 39°6, ascite et circulation collatérale, défense et douleurs de la fosse iliaque droite.

Intervention Mac Burney. Abcès appendiculairé mésocaeliaque sur appendice gangréné

(paracoli et enterocoques) liquide d'ascite clair ne paraissant pas surinfecté. Fermeture sans drainage.

Selles le 3e jour. Le 7e jour fistulisation de l'incision donnant issue à du liquide d'ascite. La température s'élève et devient oscillante. On pense qu'il s'agit d'une ascite surinfectée ce que confirme le prélèvement qui découvre du staphylocoque doré pathogène donc un germe différent de ceux responsables de l'infection primitive. Cathomy-cine et Flabélline font progressivement décroître la fièvre. Sort cicatrisée le 35e jour (citons les résultats de ces tests hépatiques : taux de prothrombine : 54 % cholestérol total 1,45 gr. estérifié : 0,57g)

VII. Nous déplorons enfin une réintervention:

Obs. 146 M. R. 22 ans souffre depuis 3 jours de sa fosse iliaque droite et présente des brûlures mictionnelles. Douleurs et défense sousiliaques.

- le 15/9/64 intervention : appendice sous-séreux rétrocaecal avec de fausses membranes dont l'exérèse nécessite un large décollement caecal. Sérosité louche intrapéritonéale. Fermeture sans drainage.

Les suites sont troublées dès le lendemain : le malade vomit (mais il est indocile et boit en cachette) ascension thermique progressive, météorisme qui s'accroît, masse douloureuse dans le Douglas.

- Reintervention le 22/9/64 par médiane. Très gros hémopéritoine (2 litres de sang dans l'aspirateur), quelques caillots à maximum iliaque droit rétrocaecal. Rien ne saigne et la cause de l'hémorragie ne peut être mise en évidence. Fermeture sans drainage.

- reprise du transit mais persistance de la fièvre. Apparition le 3e jour d'un écoulement de pus au niveau de la médiane trop abondant pour être celui d'une suppuration pariétale simple. Le 5e jour désunion de la cicatrice de la fosse iliaque droite : écoulement séropurulent très abondant.

Le 5/10/64 2e réintervention - découverte d'une vaste poche filant vers le Douglas. Drainage par l'incision iliaque droite.

La courbe thermique décroît progressivement mais l'écoulement reste très abondant. Cette suppuration persistante fait pratiquer une fistulographie qui montre un trajet étroit vers le Douglas mais surtout une importante poche sous-phrénique. Un drain est placé dans cette poche à partir de l'incision iliaque droite.

A 3 reprises des poussées fébriles, traduisant une rétention purulente feront pratiquer de nouvelles fistulographies et remettre en place un drain. Guérison après 5 mois d'hospitalisation.

Cette observation mérite quelques commentaires :

1) La première intervention nous paraît avoir été incomplète. En effet, la découverte de cet appendice rétrocaecal sous-séreux a nécessité un décollement large du caecum donc une ouverture étendue de l'espace sous-péritonéal. Cette effraction vu l'état de l'appendice aurait dû imposer un drainage de l'espace sous-péritonéal.

2) Ce n'est pas un drainage de sécurité à l'égard de l'hémostase. Il n'aurait en rien empêché l'hémorragie, si celle-ci n'avait pas

été contrôlée opératoirement.

3) Il nous paraît vraisemblable que l'hémo-péritoine, par l'excellent milieu de culture qu'il constitue, a favorisé la survenue d'un abcès étendu.

4) Il nous paraît enfin que la deuxième ré-intervention n'a pas entraîné une exploration suffisamment complète pour découvrir l'abcès sous-phrénique et le drainer par la meilleure voie.

Cette observation illustre donc moins la nécessité d'un drainage, qui, à tort certes n'a pas été pratiqué, que l'impérieuse nécessité d'une intervention primitive bien réglée et complète.

VIII. LES COMPLICATIONS EXTRA ABDOMINALES se résument pratiquement aux COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES :

2 phlébites des membres inférieurs :

Obs. 12 M. C. 65 ans est opéré d'un abcès pelvien à pus franc sur appendice gangréné. Fermeture sans drainage. Hématome de paroi infecté le 4e jour nécessitant un débridement. Douleurs du mollet droit le 8e jour. Traitement anticoagulant.

Obs. 117 - Mme L. 31 ans est opérée à la 24e heure d'une gangrène appendiculaire. Suites abdominales simples. Phlébite du membre inférieur gauche le 10e jour. Traitement anticoagulant. Sortie le 24e jour.

1 phlébite superficielle :

Obs. 55 - Mme R. 53 ans est opérée d'urgence avec le diagnostic d'appendicite mésocœlia-

que ou de torsion d'annexes. Découverte d'une part d'un gros fibrome d'autre part d'une péritonite généralisée par perforation de la base d'un appendice gangréné mésocaeliaque. Suture difficile de la brèche caecale. Lame par contre incision.

Le 4e jour phlébite variqueuse superficielle. Le traitement anticoagulant prescrit entraîne l'apparition de métrorragies qui obligent à diminuer les doses. Sort le 14e jour. Fait une embolie pulmonaire chez elle 6 jours plus tard.

5 embolies pulmonaires :

Obs. 39 déjà rapportée. Cf. page 57. -

Obs. 155 phlébite variqueuse emboligène ci-dessus analysée.

Obs. 2, péritonite par perforation d'un appendice mésocaeliaque rapporté au chapitre des occlusions post-opératoires embolie pulmonaire le 10e jour. Hospitalisation 34 jours.

Obs. 54, péritonite par perforation d'un abcès mésocaeliaque elle aussi rapportée dans ce même chapitre. Embolie pulmonaire le 7e jour. Sortie le 20e.

Obs. 138- M. K. 27 ans opéré à la 48e heure d'un appendice gangréné non draine, abcès de paroi, embolie pulmonaire, le 10e jour. Sortie le 25e jour.

1 embolie artérielle :

Obs. 46 - embolie tibiale postérieure gauche déjà rapportée. Cf. page 75.

Aucun de ces accidents, en particulier aucune embolie pulmonaire n'ont été mortels. Mais le risque léthal y est élevé. Peut-on les prévenir ? C'est poser le problème du traite-

ment anticoagulant préventif.

- un homme jeune de 27 ans sans antécédents veineux opéré d'une appendicite gangréneuse fait un abcès de paroi puis une embolie pulmonaire. Le lever précoce a été observé. Rien ne permettait de prévoir un tel accident et je ne pense pas que l'absence de traitement préventif puisse être ici reproché.

- Une femme de 53 ans porteuse d'un fibrome qui avait déjà saigné et de varices des membres inférieurs fait une phlébite superficielle. Le traitement instauré entraîne la réapparition de l'hémorragie. Les doses sont donc diminuées ce qui n'empêche pas la survenue d'une embolie pulmonaire. Sur ce terrain où l'on pouvait prévoir un tel accident un traitement anticoagulant actif est source de métorrhagies, un traitement à doses modérées, plutôt préventif, n'empêche pas l'embolie pulmonaire : c'est naviguer entre Charybde et Sylla.

- La personne de 72 ans avait certes un passé cardiovasculaire mais avait été victime d'un accident neurologique qui ne poussait guère à entreprendre un traitement préventif.

Les 3 observations suivantes semblent aller en sens contraire :

- Mme L. a été opérée tardivement d'un abcès mesocaeliaque et malgré des suites simples, fait une embolie pulmonaire sans signes jambiers dont vraisemblablement à départ pelvien.

- Les 2 autres observations sont celles de malades ayant présenté une subocclusion post-opératoire ce qui implique aspiration digestive, perfusion donc pas de lever précoce ou seulement un simulacre, la mise au fauteuil.

Aussi nous demandons-nous si chez ces malades opérés tardivement, présentant un abcès mésocaeliaque important ou bien chez ceux qu'une subocclusion cloue au lit un traitement anticoagulant preventif ne serait pas de mise pour éviter l'embolie pulmonaire brutale, mortelle, toujours possible.

Une seule autre complication extra-abdominale PULMONAIRE : un cas de surinfection broncho-pulmonaire chez un homme de 61 ans opéré d'une appendicite gangrénée rétrocaecale.

Cette absence quasi complète (hormis les accidents thrombo-emboliques) de complications générales chez des opérés dont nous avons vu l'âge moyen, voire élevé, est une réussite incontestable due à une anesthésie peu toxique et surtout au NURSING qui s'impose chez tout opéré mais plus particulièrement chez les opérés âgés : c'est outre le lever précoce - dont nous avons vu précédemment l'importance - la surveillance des grandes fonctions vitales au premier plan desquelles il faut placer la fonction respiratoire.

CONCLUSIONS

- 1) L'appendicite aigue tire sa gravité :
 - du retard apporté à l'intervention
 - des affections concomittentes dont le nombre augmente régulièrement avec l'âge.
- 2) La mortalité chez les sujets de moins de 60 ans opérés avant la 48e heure est de ce fait extrêmement basse, de l'ordre de 1 %.
- 3) Dans notre statistique portant sur 180 opérés dont l'âge s'échelonne entre 3 et 86 ans et dont certains ont été opérés très tardivement aucun décès n'est dû à une infection persistante née du foyer appendiculaire. Aucune occlusion mécanique nécessitant une réintervention n'a été observée. Cette malheureuse éventualité doit cependant rester la hantise du chirurgien dans les suites opératoires.
- 4) Nous attribuons l'absence d'infection péritonéale mortelle et d'occlusion mécanique aux précautions suivantes :
 - anesthésie-réanimation de bonne qualité
 - voie d'abord large
 - prélèvement de pus pour antibiogramme
 - ablation complète de l'appendice
 - hémostase méticuleuse
 - vidange complète et au besoin lavage de la grande cavité péritonéale.
 - remise soigneuse des anses intestinales

- en place après les avoir libérées de leur éventuelles coudures et adhérences.
- drainage du seul tissu cellulaire sous-péritonéal à l'exclusion de la grande cavité et notamment du cul-de-sac du Douglas.
 - usage large de l'antibiothérapie, dirigée par l'antibiogramme.

-:-

Vu : Vu :
Signé : Le Président: Signé:le Doyen :

J.-L. LORTAT JACOB G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie ne se veut pas complète en matière d'Appendicites aiguës, ont été plus particulièrement retenus les ouvrages et articles se rapportant au drainage.

ALEXIU O. et OGHINA B. (Bucarest).

Les Péritonites aiguës. Physiopathologie et traitement.

Lyon chirurgical. T. 54, n° 5, sept. 1958, p. 676-687.

ALTMEIER

Traitement des Péritonites Aiguës.

JAMA, vol. 139, n° 6 Fev. 1949, p. 347-352.

ARNAUD L.

Traitement des Péritonites diffuses aiguës

Thèse de Doctorat en Médecine. Lyon, juillet 1911, 351 p.

BARROS LIMA.

Drainage des Appendicites aiguës.

Brasil Medical, 7 mai 1931.

BAUER.

Fermeture abdominale dans les Peritonites Aiguës.

Archiv f. Klin. Chir. 1911, p. 4.

BECKEL J.

Suppression du drainage dans les grandes opérations.

Société de Chirurgie de Paris, 1889, p.358.

BERARD et VIGNARD.

L'appendicite.

Paris, Masson, 1914.

BILLET.

Fermeture systématique du Péritoine dans les péritonites suppurées d'origine appendiculaire.

Journal des Sciences Médicales de Lille,
22 nov. 1925, p. 373.

BLACKE.

Traitement du péritoine dans les Péritonites diffuses.

Trans. Amer. Surgeons Assoc. 1907, p. 94.

BLOCH.

Sur la question du traitement par les sulfamides de la péritonite appendiculaire.

Zentralblatt für Chirurgie. T. 70, n° 45,
6 Nov. 1943, p. 1617-1621.

BOEREMA.

Drainage après appendicectomie.

Nederl. Tijdsch. v. Geneesk 16 janvier 1935.

BONNAG A.

Du drainage dans l'Appendicite Aigue.

Bulletin et Memoires de la Société de Chirurgie de Marseille, 15 mai 1935.

BONNEAU R.

Drainage de l'Appendicite à chaud.

Presse Médicale 17 juillet 1925.

BRENIER J.L.

Appendicite et drainage.

Memoires de l'Académie de Chirurgie, T. 90
1964, n° 13-14, p. 395-399.

BRESSOT E.

Quand et comment faut-il drainer après une intervention pour appendicite aigue.

Progrès Médical, 5 mars 1927.

CADENAT F.M.

Le drainage en chirurgie abdominale.

36e Congrès français de chirurgie, Paris, 1927, p. 292.

CHALIER.

Drainage dans l'appendicite aiguë.

35e Congrès de chirurgie, Paris 1926.

CHAMPIONNIERE

Sur quelques instruments nouveaux pour le drainage.

Société de Chirurgie de Paris, 1883, p. 683.

CHASSAIGNAC.

Traité de la suppuration et du drainage.

Paris, Masson, 1851.

CHAVANNAZ J.

Le drainage postérieur dans l'appendicite rétrocaecale.

Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1947, T. 73, n° 22-23-24, p. 521.

CHUTRO P.

Complications post-opératoires de l'appendicite.

Relato oficial segundo Congreso Argentino de Cirurgia, 1930.

CHAVEL Ch.

Etude critique de 63 cas d'appendicites aiguës observées en 22 ans.

Lyon chirurgical, T. 49, n° 7 oct. 1954, p. 830.

Comment guérissent après l'opération les péritonites appendiculaires.

Lyon chirurgical, T. 49, n° 8, nov.-déc. 1954, p. 952.

DEBIDOUR H.

40 ans d'expérience dans le traitement de l'appendicite.

La Clinique, T. LXII, n° 638, Déc. 1967, p. 767.

DELAGENIERES Y.

Traitement de l'appendicite aiguë par l'incision et le drainage de Henri Delegénières. Techniques et résultats.

Archives franco-belges de chirurgie, Fév. 1935.

A propos d'une série integrale de 621 cas d'appendicites aiguës, opérées à chaud selon le principe "toujours et tout de suite" Valeur de ce principe par l'abaissement de la mortalité opératoire.

Mémoires de l'Académie de Chirurgie, T. 62, 1936, p. 1313.

DELBET P.

Recherche expérimentale sur le lavage du péritoine.

Annales de gynécologie, 1885, T. XXXII, p. 165-197.

Expérience et réflexions sur le drainage du péritoine.

Annales de gynécologie, févr.-mars 1890, T. XXXIII, p. 93 et 188.

Caoutchouc ondulé pour drainage.

Société de chirurgie de Paris, 4 février 1914, p. 160.

DESCOMPS P.

L'appendicectomie rétrocolique.

Revue de Chirurgie, 1921, T. LIX, p. 20-29.

DESPLAS B. et LUBIN P.

A propos du drainage et de la suture de la paroi dans les appendicites aiguës.
Archives Hospitalières, mars 1933.

DUCOURTHIAL.

3 cas d'appendicites aiguës sur péritonite.
Fermeture sans drainage. Guérison.
Société de Médecine militaire française,
Paris, 1922 XVI, p. 225-227.

DUPUY DE FREVILLE.

Différentes formes de drainage dans l'Appendicite aiguë. Technique chirurgicale.
Fev.-mars 1934.

DUVAL P. et AMELINE.

Reflexion à propos de 752 cas d'appendicite aiguë chez l'Adulte opérées d'urgence.
Bull. et Mémoires de la Société nat. de Chirurgie, T. LVII, 1931, p. 513.

ELKAIM P.

A propos de drainage péritonéal. Les capacités de résorption du péritoine.
Thèse Médecine Lyon, 1961, 81 p.

FAUNEY G.B.

La Pénicilline dans le traitement des péritonites.
JAMA, Dec. 1944, n° 126, p. 1132.

FAURE J.L.

Drainage dans l'Appendicite à chaud.
Presse Médicale, 7 octobre 1925, p. 1329.

FOURRIER P., DAVID M. et FRECANNET M.

Faut-il encore drainer les péritonites appendiculaires chez l'enfant.
Revue du Praticien, T. IX, n° 24, 21 sept. 1959; p. 2577-2586.

FRANCO MARCHINI.

Abolition du drainage dans les peritonites purulentes, circonscrites ou diffuses, spécialement d'origine appendiculaire. Archivio italiano di chirurgia, Bologne, vol. XXVIII, fasc. 6, avril 1931, p. 549-603.

GAUME P.

Formes urinaires de l'appendicite retrocaecale.

Archives urologique de la clinique Necker, R. VI, fasc. 3, fév. 1929, p. 281-294.

GOGUILLON.

Traitement de péritonites généralisées suppurées d'origine appendiculaire par la fermeture du péritoine.

Thèse medecine Lille, 1926 -1927.

GONON M.

Intérêt de la fermeture péritonéal sans drainage dans les Péritonites appendiculaires de l'enfant (à propos de 10 observations).

Thèse médecine Clermont-Ferrand, 1961, 72 p.

GRANT.

British Medical Journal 25 mai 1912, p. 1172.

HARTMANN.

Rapport du XXIVe Congres de l'Association française de chirurgie, Paris 2-7 oct. 1911.

Traitement des Péritonites aiguës.

La Presse Médicale, T. XIX, n° 84, 21 oct. 1911, p. 851.

HEGAR.

Centralblatt für Gynæk. 1882, n° 7.

HIROSE H.

Bactériologie de l'Appendicite aiguë.

The Pohaku Journal of experimental medicine, vol. XV, n° 5-6, 14 juin 1930, p. 524.

HOTCHKISS.

Annals of Surgery, 1906, p. 197.

HUBENS A.

Quelques considerations sur les Appendicites aiguës et leur traitement.

Acta Chirurgica Belgica, T. 48, fasc. 3, mars 1956.

HUET.

A propos des occlusions post-opératoires de l'appendicite aiguë.

Bull. et Mémoires de la Société Nat. de chirurgie, 1933, T. LIX, p. 1503.

HUGUIER J.

Réflexions anatomocliniques à propos d'une statistique d'appendicite aiguës.

Mémoires de l'Académie de Chirurgie.

T. 76, 1950, p. 905-908.

JOVCIC.

Mortalité dans les Appendicites aiguës de l'Enfant.

Mémoire de l'Académie de Chirurgie, T. 75, 1949, p. 688.

KIRSCHNER.

Le traitement de la peritonite aiguë purulente.

Archiv für Klinische Chirurgie. T. CXLII, 28 oct. 1926, p. 253-312.

KOEBERLE.

Gazette des Hôpitaux 1887.

LAURENCE G., MATHIS G. et ANGLADE G.

Resultats obtenus par la methode de prevention systematique et d'abstention chirurgicale dans les ileus post-appendiculaires précoces chez l'enfant.

Mémoires de l'Académie de Chirurgie T. 79, 1953, n° 27-28, p. 682-691.

LAURENCE G.

clôture de la discussion sur l'iléus appendiculaire.

Mémoires de l'Académie de Chirurgie, T: 80 1954, n° 1-2-3, p. 43-46?

LECENE P.

Incision postérieure sus iliaque dans certaines formes d'appendicites.

Journal de Chirurgie, T. XIX, 1922, p. 458-468.

LEJARS.

Rapport du 1er Congrès international de Chirurgie. Bruxelles, 1905.

LORY.

Contribution à l'étude des meilleurs modes de drainage dans les appendicites aiguës.

Thèse médecine, Paris, 1933, 80 P.

MANONIV-FURNICA C. et coll.

Contribution au traitement des purulentes péritonites aiguës généralisées.

Acta chirurgica Belgica, T. 55, p. 525-537, 1956.

MIKULICZ RADECKI (Von).

Berliner Klin. Woch. 1881, n° 25, p. 322.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirur., 1886, p. 87.

Archiv für Klin. Chir., 1886, T. XXXIII, p. 635-657.

MONOD P.

Drainage à la Mikulicz dans les Appendicites aiguës.

Thèse Médecine Paris 1927.

MONOD-BROCA Ph.

Les appendicites aiguës graves.

Revue du Praticien, T. VIII, n° 4, 1er fév. 1958, p. 417.

Le drainage des appendicites aiguës graves (à propos de 157 observations).

Mémoires de l'Académie de Chirurgie, T. 40, n° 13-14, p. 412-419.

MOULONGUET P.

L'incision en bonne place dans le l'appendicite aiguë.

Revue Médicale Universelle, T. II, n° 4, 1927, p. 7-10.

MULLEDER.

Appendicite et fermeture primitive de la paroi.

Wiener Klinische Wochenschrift, A. XLIII, n° 49, déc. 1930, p. 1501-1505.

L'OCCLUSION INTESTINALE D'ORIGINE APPENDICULAIRE.

Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie. T. 4, 1924, n° 10 (p. 387-395), n° 11 (400-404), n° 12 (p. 432), (p. 438-442), n° 14 (p. 538), n° 18 (p. 660-663), n° 19 (707-709).

OMBREDANNE L.

Fermeture sans drainage des appendicites à Chaud et des péritonites appendiculaires.

Société de Chirurgie de Paris, T. XLVI, 1925, p. 956-965

(Discussion : TUFFIER, HALLOPEAUX, LECENE, FAURE, POTHERAT, VEAU, BROCA, MOUCHET,

SAVARIAUD, HARTMANN, LAPOINTE, TEMOIN,
OMBREDANNE.

PATEL M.

Le drainage en Chirurgie abdominale.
36e Congrès Français de Chirurgie, Paris,
1927, p. 292.

PEYRONNEL D.

Contribution à l'étude du choix de l'inter-
vention dans les appendicites aiguës. Drain-
age ou Fermeture cutanée immédiate.
Thèse Médecine Toulouse, 1932-1933, 79 p.

POZZI

Drainage capillaire et tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze co-
doformée.
Société de Chirurgie de Paris, 1888, 29 Fév.
p. 265.

RABIER J.

Conceptions modernes du drainage dans l'appendicectomie.
Thèse Médecine Paris, 1940.

RANDAZZO A.P.

Drainage de la cavité péritonéale infectée.
Journ. Int. Coll. Surg. août 1951, T. 16,
n° 2, p. 231-239.

REYMOND J.C.

Les Appendicites de siège anormal.
Revue du Praticien, T. VIII, n° 4, 1er fév
1958, p. 377.

REYMONDS T.J.

Intrapéritonéal drainage when and who ?
S.G.O. 1955, 101, p. 242-244.

RICHARD A et ASSELIN J.

24 observations de péritonites appendiculaires. Etude comparative du traitement et des suites opératoires.

Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie, T. LVI, 1930, p. 1050.

ROSE F.

Cause du retard opératoire dans les appendicites aiguës.

The Med. Journ. of Australia, A. 43, vol.2
n° 17, 27 oct. 1956.

ROTTER.

Traitement de la péritonite diffuse aiguë.
Arch. v. klin. Chir. 1910, p. 1-41.

SIERRO.

Le drainage dans les péritonites aiguës,
Etude de 286 cas de péritonites opérées à la clinique chirurgicale de Genève.

Lyon chir. T. XXV, N° 2, mars-avril 1928,
p. 135-167.

SIMPSON

L'appendicite aiguë chez les sujets âgés.
British medical Journal, 25 Dec. 1946,
p. 986.

TEMOIN.

Traitement des Péritonites aiguës.

Rapport du XXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie, Paris, 27 oct. 1911.

TRINCA.

L'absence de drainage dans les péritonites diffuses avec une statistique de 245 cas de péritonites traitées sans drainage.

The Medical Journal of Australia, 7 oct.
1933, vol. II, n° 15, p. 465-476.

VIANNEY.

Ethérisation du péritoine.
Société de chirurgie de Paris, 16 Déc. p.
1196.

VIANNEY Ch.

Ulcération de l'artère iliaque externe par
un drain après une appendicectomie à chaud
suivie de drainage.
Bull. et Mém. de la Société Nationale de
Chirurgie, T. LV , 1929, p. 303.

VILLAR J.

Les peritonites appendiculaires.
Revue du Praticien, T. VIII, n° 4, 1er
fev. 1958, p. 363.

VILLEMIN.

Drainage lombaire dans les peritonites appen-
diculaires chez l'enfant.
Société de Chir. de Paris, 1906, p. 159-
162.

WEINBERG M. et coll.

Recherches sur la bactériologie et la séro-
thérapie des appendicites aiguës.
Annales de l'Institut Pasteur, T. XLII,
oct. 1928, p. 1167-1241.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

